

**ANALISIS KARAKTERISTIK SIKAP DOKTER TERHADAP
KEPUTUSAN PENULISAN RESEP OBAT BAGI PASIEN
PASCA BEDAH GAWAT PERUT PESERTA ASKES
DI RUMAH SAKIT UMUM RA KARTINI
TAHUN 2005
JEPARA**



Artikel
Untuk Memenuhi Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S2

Program Studi
Megister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

Oleh :

DWI SUSILOWATI
NIM : E4A003007

**KONSENTRASI MANAJEMEN RS
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2006**

Pengesahan Proposal Tesis

Yang Bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa proposal tesis yang
berjudul :

**ANALISIS KARAKTERISTIK SIKAP DOKTER TERHADAP
KEPUTUSAN PENULISAN RESEP OBAT BAGI PASIEN
PASCA BEDAH GAWAT PERUT PESERTA ASKES
DI RUMAH SAKIT UMUM RA KARTINI**

TAHUN 2005

JEPARA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dwi Susilowati

NIM : E4A003007

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 9 Maret 2006
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr Sudiro ,MPH.,Dr PH
NIP 131 252 965

Lucia Ratna .K.W,SH.,M.Kes
NIP 132 084 300

Penguji

Penguji

dr Murti Wandrati Wirawan,M.Kes

Dra Ayun Sariatmi ,M.Kes
NIP 131 588 815

Semarang , Maret 2006

Universitas Diponegoro

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua Program

dr. Sudiro,MPH.,Dr.PH
NIP 131 252 965

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan lembaga pendidikan lainnya, serta sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diambil dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Semarang, Maret 2006.

Dwi Susilowati

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Dwi Susilowati
Tempat tanggal lahir : Kediri ,25 Mei 1961
Agama : Islam
Alamat : Rumdin P2UKM Mlonggo Jepara ,
Jawa Tengah
Nama suami : dr Nurkukuh M.Kes
Nama anak : Nusi Riska Prisaria

-

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Banaran Kediri– Jawa Timur, Tahun 1973
2. SMP Negeri V Kediri – Jawa Timur, Tahun 1976
3. SMA Negeri I I Kediri – Jawa Timur, Tahun 1980
4. Fakultas Kedokteran UNDIP Semarang – Jawa Tengah, Tahun 1989
5. Masuk Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit UNDIP, Tahun 2003

Riwayat Pekerjaan :

1. Dokter Umum di RSUD RA Kartini Jepara – Jawa Tengah, Tahun 1990.
2. Kepala Instalasi Ka. Laboratorium Klinik di RSUD RA Kartini Jepara – Jawa Tengah, Tahun 1994-2004.
3. Kepala Seksi Pelayanan di RSUD RA Kartini Jepara – Jawa Tengah, Tahun 2000-2002.
4. Kepala Bidang Pelayanan di RSUD RA Kartini Jepara – Jawa Tengah, Tahun 2003-2004.
5. Wakil Direktur Pelayanan di RSUD RA Kartini Jepara – Jawa Tengah, Tahun 2004 – sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberi kenikmatan serta kekuatan, khususnya dalam rangka menyelesaikan tulisan ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai derajat Magister di bidang Manajemen Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang.

Suatu saat era globalisasi dalam pelayanan kesehatan pasti merambah masyarakat Indonesia. Termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan prabayar yaitu asuransi. Di negara asalnya lazim disebut "*manage-care*", di Indonesia melalui Jaminan sosial Nasional, antara lain lewat pintu PT. ASKES, Pegawai Negeri Sipil telah lebih dahulu menikmati, melalui PT. ASKES.

Banyak gejala dan masalah yang muncul yang ditimbulkannya yang memerlukan penyempurnaan, antara lain penulisan resep DPHO (Daftar Plafon Harga Obat). Tulisan yang berkaitan dg hal tersebut di atas sangat tepat sasaran apabila diangkat sebagai judul tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi manajemen Rumah Sakit.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan masukan hingga tersusunnya makalah ini, yaitu :

1. Bapak Dr. dr Sudiro, MPH dan Ibu Lucia Ratna. K.W, SH., M. Kes yang telah membimbing dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
2. Ibu dr. Murti Wandrati Wirawan, M. Kes dan Ibu Dra. Ayun Sriatmi, M. Kes yang telah membahas dan memberi masukan yang sangat berharga dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
3. Bapak Direktur RSUD RA Kartini Jepara beserta staf.
4. Semua pihak yang telah membantu hingga tersusunnya penyelesaian penulisan tesis ini.

Disadari bahwa penyusunan tesis ini, masih banyak kekurangan, oleh karena itu mohon saran dan kritik.

Penyusun

**MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA UNDIP SEMARANG
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
2006.
ABASTRAK**

Dwi Susilowati (E4A003007)

Analisis Karakteristik Sikap Dokter Terhadap Keputusan Penulisan Resep Obat Bagi Pasien Pasca Bedah Gawat Perut Peserta ASKES Di RSUD Kartini Jepara.

107 Halaman + 34 tabel

Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 1013/Menkes/SK/IX/2001 tanggal 27 – 9 – 2001 memutuskan antara lain bahwa pelayanan obat bagi peserta Askes diberikan sesuai dengan jenis dan harga obat yang diterbitkan oleh PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia yang tercantum dalam buku Daftar Plafon Harga Obat (DPHO). Resep obat ditulis oleh dokter pemberi pelayanan kesehatan RSUD Kartini.

Data sekunder RSUD Kartini (2004) mengatakan 373 pasien Askes (31,77%) merasa tidak puas terhadap pelayanan pengobatan oleh dokter, sebab dokter telah menulis resep obat bukan DPHO (Non DPHO), sehingga peserta Askes perlu membayar obat/iur biaya. Walaupun prosedur pelayanan penulisan resep telah disosialisasikan, faktor pemahaman mempengaruhi persepsi dokter dan dengan motivasi akan menentukan sikap sebagai karakteristik dokter untuk memutuskan jenis obat yang ditulis pada resep. Karakteristik sikap dokter dalam memutuskan dan menuliskan resep obat sebagai tujuan dari penelitian.

Dipilih sebagai sasaran penelitian, kasus pasca bedah gawat perut karena jumlah pasien terbanyak untuk RSUD Kartini (tahun 2003;2004), jenis obat hanya analgetika dan antibiotika dengan diagnosa dan tindakan jelas. Penelitian melalui metode survey, bersikap diskriptif analitik dengan cara belah lintang. Unit analisis adalah sikap dokter penulis resep, sedang populasi dokter yang membedah perut dan menulis resep bagi pasien pasca bedah gawat perut dengan 20 responden (total populasi).

Dokter yang patuh menulis resep DPHO sebanyak 9 orang (41,52%) yang percaya terhadap kemanjuran obat DPHO hanya 2 (10%), dokter lain percaya terhadap kemanjuran obat Non DPHO. Sebagian besar 19 dokter (95%) menyetujui pemberian bonus sponsor. Sedangkan perhatian terhadap kemampuan pasien Askes untuk membayar obat/iur biaya, 12 (60%). Sebanyak 17 dokter (85%) setuju bila pasien memilih obat yang ditawarkan. Namun uji statistik Chi-Square membuktikan tidak ada hubungan bermakna antar variabel. Dengan demikian dalam memilih dan menulis resep obat, dokter masih dalam rambu-rambu WHO (1997) serta Kode Etik Kedokteran.

Disarankan butuh peninjauan kembali kebijakan pengelolaan obat DPHO oleh PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

Kata kunci : Sikap dokter, Resep obat Askes
Kepustakaan : 28, 1996-2005.

Master's Degree of Public Health Program
Majoring in Hospital Administration
Diponegoro University
2006.

ABSTRACT

Dwi Susilowati

Analysis of Characteristic of the Doctor's Attitude toward the Decision of Writing the Prescription for the Patient of Post-Stomach Surgery who is the Health Insurance Member at RA Kartini Hospital in Jepara.

107 pages + 34 table.

The Decree of Minister of Health No. 1013/MenKes/SK/IX/2001 date 27-09-2001 decided the medicine for the Health Insurance member that was given in accordance with type and price of a medicine published by the Indonesia Health Insurance company and Included in a book of the List of the Medicine Price Ceiling. A prescription was written by a doctor who gave a service at RA Kartini Hospital.

Based on the secondary data from RA Kartini Hospital in 2004, 373 patients of the Health Insurance (31,77 %) were not satisfied to the service of medication by a doctor because the prescription was not appropriate with the List of the Medicine Price Ceiling. A procedure of writing a prescription had been socialized but the understanding factor of a doctor influenced a motivation to determine a type of a medicine.

Samples were patients of post-stomach surgery. Types of medicines were analgesic and antibiotic. This was survey method using descriptive analytic and cross sectional approach. Unit of analysis was an attitude of doctor who wrote a prescription. Number of samples was 20 doctors who served a stomach and wrote a prescription for the patient of post-stomach surgery.

Number of doctors who write prescription in accordance with the List of the Medicine Price Ceiling are nine persons (41,52%). Number of doctors who believe to the efficacy of medicine in accordance with the List of the Medicine Price Ceiling are two persons (10 %). Number of doctors who agree with giving a bonus of sponsorship are 19 person (95 %). Percentage of patient's capability to buy medicines is 60 %. Number of doctors who agree if patients choose the offered medicine are 17 persons (85%). Statistically, there is no significant relationship among variables. Therefore, in choosing and in writing a prescription, a doctor has to follow the rule of WHO (1997) and the Medical Ethic Code.

The Indonesia Health Assurance Company should re-evaluate a policy of management for medicines in accordance with the list of the Medicine Price Ceiling.

Key Words : Attitude of A Doctor, A Prescription of the Health Assurance

Bibliography : 28 (1996 - 2006)

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Pelayanan Pasien ASKES Hubungannya Dengan Obat DPHO.....	2
1.2 : Perbandingan Layanan ASKES Rawat Jalan dan Rawat Inap.....	5
1.3 : Penggunaan Obat Layanan Pasien ASKES Rawat Inap.....	6
1.4 : Layanan Bedah Pasien ASKES Rawat Inap.....	7
1.5 : Penggunaan Obat Pada Pasien Bedah Gawat Perut Peserta ASKES.....	7
1.6 : Perbedaan Metodologi dalam Keaslian Penelitian.....	11
4.1 : Nilai Uji Validitas Karakteristik Sikap Dokter.....	69
4.2 : Data Koefisien Reliabilitas Kuesener Dengan Menggunakan Rumus (Alpha).....	70
4.3 : Jumlah Tenaga di RSUD RA Kartini Jepara.....	72
4.4 : Layanan Bedah Pasien ASKES Rawat Inap.....	72
4.5 : Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	73
4.6 : Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.....	73
4.7 : Distribusi Frekwensi Responden Menurut Masa Kerja.....	74
4.8 : Distribusi Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemampuan Obat DPHO.....	74
4.9 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemampuan Obat DPHO.....	75
4.10 : Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemanjuranb Obat Non DPHO.....	76
4.11 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kemanjuran Obat Non DPHO.....	77
4.12 : Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Untuk Membeli obat/lur Biaya....	78
4.13 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Untuk Membeli obat/iur Biaya.....	79
4.14 : Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Dan Sanksi.....	80
4.15 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penuliosan Resep dan Sanksi.....	81
4.16 : Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor.....	82
4.17 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor.....	83
4.18 : Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien Untuk Memilih Obat Yang Di Tawarkan.....	84
4.19 : Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter	

	Terhadap Kebebasan Pasien Untuk Memilih Obat Yang di Tawarkan.....	85
4.20	: Rekapitulasi Penulisan R / Resep Obat DPHO / Non DPHO Pasien Bedah Gawat Perut Peserta ASKES.....	87
4.21	: Distribusi Frekwensi Keputusan Penulisan Obat DPHO / Non DPHO.....	87
4.22	: Tabel Silang Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO Dengan Keputusan Penulisan Resep DPHO / Non DPHO.....	88
4.23	: Tabel Silang Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat Non DPHO Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/Non DPHO.....	89
4.24	: Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membeli Obat / Iur Biaya Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO.....	90
4.25	: Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat dan Sanksi Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO	91
4.26	: Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/Non DPHO.....	92
4.27	: Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien Untuk Memilih Obat Yang di Tawarkan Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO.....	92
4.28	: Rekapitulasi Variabel Penelitian.....	93

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Tujuan	9
D. Manfaat	10
E. Keaslian Penelitian	10
F. Ruang Lingkup	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Sikap	13
B. Keputusan	14
C. Latar Belakang Pengambilan Keputusan	19
D. Tautan antara Persepsi Pengambilan Keputusan Individual	26
E. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Model Keputusan	27
F. Macam-macam Model Pengambilan Keputusan	27
G. Kepribadian dan Kecakapan Pengambil Keputusan	30
H. Asuransi Kesehatan (ASKES)	32
I. Aspek Sikap Manusia dalam Manajemen Biaya Asuransi Kesehatan	35
J. Penulisan Resep Obat	36
K. Penjelasan Kode Etik Indonesia	39
L. Gawat Perut	46
M. Kerangka Teori	49
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	50
A. Kerangka Konsep	50
B. Variabel Penelitian	50

	C. Hipotesis	51
	D. Jenis dan Rancangan Penelitian	52
	E. Populasi dan Sampel Penelitian	52
	F. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	53
	G. Alat dan Cara Pengumpulan Data	61
	H. Uji Validitas dan Reliabilitas	63
	I. Teknik Pengolahan Data	64
	J. Analisa Data	65
BAB IV	HASIL PENELITIAN	67
	A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	67
	B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	68
	C. Hasil Penelitian	70
	D. Hasil Analisis Univariat	74
	E. Hasil Analisis Bivariat	88
BAB V	PEMBAHASAN	94
	A. Keputusan Penulisan Resep DPHO/NON DPHO	94
	B. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO	96
	C. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO	97
	D. Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien untuk Membayar/lur Biaya	98
	E. Sikap Dokter Terhadap pelanggaran Penulisan Resep obat dan sanksi	100
	F. Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor	101
	G. Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien untuk Memilih Obat yang Ditawarkan	103
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	105
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Deklarasi Hak Asasi Manusia yang dikeluarkan oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 1947 telah menempatkan kesehatan sebagai salah satu hak asasi dan menyebutkan bahwa : setiap penduduk berhak atas jaminan pelayanan kesehatan, manakala ia sakit. Konvensi Internasional Labour Organization No. 59/1948 juga memberikan hak kepada tenaga kerja atas 9 macam jaminan, termasuk pelayanan kesehatan.

Di Indonesia semua pegawai negeri sipil berhak mendapatkan pelayanan kesehatan melalui pemberi pelayanan kesehatan (Rumah sakit, Puskesmas dsb) dan dikelola oleh PT. (Persero) Asuransi Kesehatan.

Keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bagi peserta Asuransi Kesehatan (ASKES) sudah diketahui secara umum oleh berbagai pihak yang terkait. Demikian pula manfaatnya bagi peserta ASKES, ketika sakit. Meskipun publikasi tentang manfaat ini tidak segencar publikasi tentang keluhan. Salah satu keluhan adalah kurangnya kualitas pelayanan bagi peserta ASKES. Sementara itu Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) mengeluhkan minimnya dana yang diterima dari PT ASKES sehingga kualitas layanan relatif kurang¹. Gejala di atas tampak pada laporan bidang pelayanan medis RSUD Kartini Jepara, Seksi Pengawasan, Pengendalian dan Pemulangan pasien. Dalam suatu Survei Kepuasan Pelanggan tahun 2004, terhadap 1174 orang peserta Askes yang dirawat di rumah sakit, ditemukan hasil sebagai berikut:

Tabel 1.1. Pelayanan Pasien Askes Hubungannya dengan Obat DPHO di RSUD Kartini Jepara tahun 2004

No	Pelayanan Pasien Askes	Ya		Tidak		Total	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Pasien tahu tentang obat DPHO	868	74,00	306	26,00	1174	100,00
2.	Dokter memberikan penjelasan tentang obat DPHO	728	62,00	446	38,00	1174	100,00
3.	Dokter menawarkan obat DPHO	869	73,97	305	26,03	1174	100,00
4.	Pasien membeli obat NON DPHO	912	77,66	262	23,34	1174	100,00
5.	Pasien merasa keberatan membeli obat NON DPHO	789	67,28	385	32,72	1174	100,00
6.	Kepuasan pasien Askes terhadap pelayanan RSUD	801	68,23	373	31,77	1174	100,00

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini tahun 2004²

Dalam tabel 1.1 di atas, kepuasan pasien Askes terhadap pelayanan RSUD hanya 68,23% sedangkan yang tidak puas sebesar 31,77%. Alasan tidak puas antara lain keberatan untuk membeli obat/iur biaya sebesar 67,28%.

Dengan mengikuti sebagai anggota ASKES melalui PT ASKES diharapkan seluruh Pegawai Negeri Sipil memperoleh jaminan kesehatan³. Jika gangguan kesehatan datang kepadanya dan keluarganya, ia tidak harus mengeluarkan biaya untuk memperoleh layanan sesuai kebutuhannya, karena biaya yang dibutuhkan disediakan oleh PT ASKES. Sedangkan PT ASKES secara rutin menerima uang premi dari Pegawai Negeri Sipil dengan secara otomatis dipotong dari gaji tiap bulan, sejak semasa aktif hingga pensiun, disaat sakit maupun sehat. PT ASKES memberikan biaya pelayanan kepada PPK secara rutin, dengan perhitungan yang disepakati⁴.

Berdasarkan kesepakatan antara PT (PERSERO) Asuransi Kesehatan Indonesia dan Rumah Sakit Umum RA Kartini Jepara, No.12/PKS/11-10/0303 dan No. 445/226/2003 ditetapkan RSUD RA Kartini Jepara sebagai PPK dengan besaran iur biaya peserta ASKES setiap

memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan golongan Pegawai Negeri Sipil⁵.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.1013/MENKES/SK/IX/2001 tanggal 27 September 2001, tentang Pelayanan obat peserta ASKES, diputuskan bahwa :

- a. Pelayanan obat dapat diberikan pada pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, gawat darurat, persalinan dengan penyulit di PPK tingkat lanjutan (dalam hal ini di RSUD RA Kartini Jepara).
- b. Jenis dan harga obat yang diberikan disesuaikan dengan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) PT ASKES yang berlaku.
- c. Resep obat ditulis oleh dokter atau dokter spesialis yang melakukan pemeriksaan.

SK Menkes di atas juga memutuskan bahwa DPHO adalah daftar obat yang digunakan untuk pelayanan obat bagi peserta ASKES dan atau keluarganya⁶.

Pelayanan obat dalam ASKES, merupakan salah satu atau bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan karena menyerap biaya yang cukup besar. Sebagai pedoman dalam pelayanan obat bagi peserta PT (persero) ASKES Indonesia adalah DPHO EDISI XIII periode Januari –Desember 2004⁷.

Dalam keputusan itu disebutkan pula bahwa DPHO adalah daftar obat dengan nama generik atau nama lain yang diberikan oleh pabrik yang memproduksi serta daftar harganya. Penulisan resep obat oleh dokter berpedoman pada DPHO dan mengutamakan obat dengan harga terendah⁸.

RSU RA Kartini Jepara sebagai PPK dalam pelayanan ASKES, telah menyebarluaskan SK Menkes seperti tersebut di atas. Penyebarluasan melalui pertemuan rutin mingguan Komite Medis Rumah Sakit terhadap semua dokter. Juga melalui pertemuan bulanan Tim Pengendali ASKES RSU RA Kartini yang juga diikuti oleh dokter dan dokter spesialis yang bersangkutan. Buku DPHO juga telah disebarluaskan dan tersedia di setiap instalasi rawat jalan dan rawat inap. Prosedur tetap tentang pelayanan obat ASKES juga telah tersusun dan ditempelkan di dinding setiap bangsal rawat inap dan rawat jalan⁹.

Walaupun peraturan tentang penulisan resep obat DPHO sudah disosialisasikan, prosedur tetap penulisan resep obat DPHO sudah diedarkan kepada seluruh dokter spesialis namun dalam kenyataannya dokter spesialis tetap menulis obat NON DPHO pada pelayanan Askes.

Menurut Pedoman Program ASKES, indikator keberhasilan program ASKES dapat dinilai melalui :

- a. Besaran Dana Program ASKES yang diterima oleh PPK untuk setiap jenis tindakan layanan kesehatan, tidak melebihi ketentuan dalam pedoman.
- b. Ada tidaknya keluhan peserta ASKES.

Penulisan resep obat NON DPHO, akan mengakibatkan peserta ASKES membeli obat sendiri sehingga mengakibatkan lur Biaya Peserta lebih tinggi, atau besaran dana program ASKES melebihi ketentuan dalam tindakan layanan kesehatan. Padahal selama ini sangat sulit untuk mengambil keputusan penulisan resep obat DPHO oleh dokter.

Sengaja dipilih jenis layanan Askes rawat inap, bukan rawat jalan karena :

1. Jumlah pasien rawat jalan layanan Askes terlalu banyak sepanjang tahun, dibanding rawat inap (lihat tabel 1.2).
2. Demikian pula jenis obat pasien rawat jalan layanan Askes lebih bervariasi jenisnya (lihat tabel 1.2).
3. Apalagi dokumentasi rekam medik tersusun sangat tidak rapi sehingga sulit untuk melakukan pelacakan.

Paparan tabelnya seperti tersebut di bawah ini :

Tabel 1.2 : Tabel Perbandingan Layanan Askes Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSUD RA Kartini Jepara, Tahun 2003, 2004

No	Hal	Layanan Askes Rawat Jalan	Layanan Askes Rawat Inap
1	Dokumentasi Rekam Medik	Tersusun tidak rapi, diagnosa dan tindakan tidak tertulis jelas, sulit dilacak.	Sangat rapi, diagnosa dan tindakan tertulis jelas, mudah dilacak.
2	Jenis obat	Sangat bervariasi, satu resep berisi 5 – 6 jenis obat	Bervariasi minimal 1 resep 2 – 3 jenis obat
3	Jumlah pasien	Terlalu banyak, Jml th. 2003 = 16.760 Jml th. 2004 = 17.762	Banyak, Jml th. 2003 = 1.274 Jml th. 2004 = 1.478

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini tahun 2004²

Berbagai hal di atas, menempatkan layanan Askes rawat inap sebagai bahan untuk dikaji lebih lanjut, karena lebih mudah untuk melakukan pelacakan.

Data profil pelayanan RSUD RA Kartini tahun 2003 dan 2004 juga memaparkan berapa jumlah R/ dari masing masing resep dan dibedakan R/ untuk obat menurut DPHO dan NON DPHO dari jenis layanan pasien askes penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan, Kesehatan Anak, THT, Kulit Kelamin, Mata, Jiwa dan Syaraf. Sangat tampak bahwa obat NON DPHO menempati persentase tertinggi pada jenis layanan bedah (tabel 1.3).

Tabel 1.3 Penggunaan Obat Layanan Pasien Askes Rawat Inap di RSUD RA Kartini Periode Tahun 2003 dan 2004

NO	JENIS LAYANAN	JUMLAH	JUMLAH R/ RESEP	DPHO	NON DPHO
----	---------------	--------	-----------------	------	----------

	PASIEN ASKES RAWAT INAP	PASIEN											
		03	04	03	04	03		04		03		04	
						JML	%	JML	%	JML	%	JML	%
1	Dalam	904	991	14.496	24.876	9.857	68	14.676	59	4.639	32	10.200	41
2	Bedah	483	517	6.320	6.480	3.033	48	2.527	39	3.287	52	3.953	61
3	Kebidanan	199	228	1.188	1.920	665	56	1.209	63	523	44	711	37
4	Anak	318	391	5.232	11.640	2.877	55	7.100	61	2.355	45	4.540	39
5	THT	25	16	225	108	137	61	74	69	88	39	34	31
6	Kulit	26	14	120	100	86	72	59	59	34	28	41	41
7	Mata	14	8	127	138	100	79	94	68	27	21	44	32
8	Jiwa	1	4	26	115	12	46	51	44	14	54	64	56
9	Syaraf	89	73	2.898	2.120	1.767	61	1.229	58	1.131	39	891	42

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini tahun 2004²

Tabel di atas menunjukkan masih terdapat penulisan resep obat NON DPHO yang terbanyak pada jenis layanan bedah sebesar 52% (2003) dan 61% (2004). Maka layanan bedah pasien Askes perlu diteliti lebih dalam.

Masih mengkaji profil pelayanan RSUD RA Kartini, khususnya layanan bedah, pada tahun 2003 dan 2004, layanan bedah yang sering dilakukan adalah operasi/pembedahan perut, disusul pembedahan kebidanan, tulang, bedah urogenital dan kepala. Yang paling jarang dikerjakan pembedahan thorax (lihat tabel 1.4).

Tabel 1.4 Layanan Bedah Pasien Askes Rawat Inap di RSUD RA Kartini Tahun 2003 dan 2004

NO	JENIS	JUMLAH PASIEN		JUMLAH LAYANAN BEDAH							
				NON GAWAT				GAWAT			
				NON OPERASI		OPERASI		NON OPERASI		OPERASI	
		03	04	03	04	03	04	03	04	03	04
1	Bedah Kepala	25	20	19	9	-	-	6	11	-	-
2	Bedah Thorax	12	10	2	4	-	-	7	4	3	2
3	Bedah Perut	325	297	40	20	49	36	61	52	175	189
4	Bedah Tulang	70	88	10	14	18	24	27	31	15	19
5	Bedah Urogenital	52	102	19	41	10	6	13	38	8	17
6	Kebidanan	199	228	50	62	43	53	58	67	48	46
7	THT	25	16	8	2	13	9	2	1	2	4
8	Mata	14	18	3	1	8	12	1	2	2	3

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini tahun 2004²

Tabel di atas menunjukkan jenis layanan bedah gawat perut yang memerlukan tindakan operasi, Jumlah kasus sebanyak 325 kasus (2003), dan 297 kasus (2004), lebih banyak dari jumlah kasus bedah yang lain. Maka jenis layanan bedah gawat perut bagi pasien Askes terpilih sebagai topik penelitian.

Selanjutnya akan dipaparkan bagaimana distribusi penggunaan obat DPHO dan NON DPHO baik jenis antibiotika maupun analgetika pada pasien bedah gawat perut tahun 2003 dan 2004 (lihat tabel 1.5).

Tabel 1.5 Penggunaan Obat Pada Pasien Bedah Gawat Perut Peserta Askes di RSUD RA Kartini Jepara Periode 2003 dan 2004.

Th.	Obat	Jml Pasien Bedah Gawat Perut	Jml R/ Resep	DPHO	%	NON DPHO	%
'03	AB	175	2100	798	38	1302	62
	AN	175	1400	644	46	756	54
'04	AB	189	2268	952	41	1316	59
	AN	189	1800	774	43	1026	57

Sumber : Laporan Dokter Muda Kepaniteraan Komprehensif Fak. Kedokteran Undip di RSUD RA Kartini Tahun 2005¹⁰

Tabel diatas menunjukkan penggunaan obat NON DPHO sangat tinggi baik untuk obat antibiotika dan analgetika. Penggunaan obat antibiotik sebesar 61,59% (2003) dan 57,04% (2004), sedangkan penggunaan obat analgetika sebesar 53,27% (2003) dan 56,05% (2004)

Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian mengenai penulisan resep obat Non DPHO, khususnya penggunaan obat untuk tindakan layanan bedah gawat perut. Alasannya untuk indikasi medis, tindakan medis dan pemberian obatnya akan jelas dan pasti terarah pada suatu jenis obat tertentu. Gawat perut menggambarkan keadaan klinik kegawatan rongga perut yang timbul mendadak dan perlu penanganan segera dan harus melalui tindakan bedah disertai pemberian obat jenis analgetik dan antibiotik, untuk pasca operasi.

B. Perumusan Masalah

Masalah dapat dirumuskan sebagai berikut :

- a. Ada peraturan penulisan resep DPHO, namun dokter tetap menggunakan obat NON DPHO pada penulisan resep pelayanan Askes.
- b. Prosedur sudah ada dan sudah diedarkan, namun dokter tetap menggunakan obat NON DPHO.

Dokter adalah satu-satunya orang yang berhak menulis permintaan obat melalui resep obat. Dengan sulitnya mengambil keputusan penulisan resep obat DPHO oleh dokter, maka muncul pertanyaan :

Apakah karakteristik sikap dokter berpengaruh terhadap penulisan resep obat DPHO pada pasien ASKES pasca bedah gawat perut ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut yang berhubungan dengan pengambilan keputusan penulisan resep obat DPHO pasien ASKES pasca bedah gawat perut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran sikap karakteristik dokter dengan kasus bedah gawat perut yang meliputi :

Kepercayaan terhadap kemanjuran obat DPHO, kepercayaan terhadap kemanjuran obat NON DPHO, kemampuan pasien membayar obat, pelanggaran aturan penulisan resep obat DPHO pasien ASKES pasca bedah gawat perut dan sanksi, pemberian bonus sponsor pada penulisan resep obat NON DPHO, kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan.
- b. Mengetahui gambaran keputusan penulisan resep obat DPHO.
- c. Mengetahui gambaran keputusan penulisan resep obat Non DPHO.
- d. Mengetahui hubungan antara sikap kepercayaan dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemanjuran obat DPHO/NON DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
- e. Mengetahui hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemampuan pasien membayar obat dengan keputusan penulisan obat DPHO/NON DPHO.
- f. Mengetahui hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pelanggaran aturan penulisan resep Askes dan sanksi dengan keputusan penulisan obat DPHO/NON DPHO.

- g. Mengetahui hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pemberian bonus sponsor dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
- h. Mengetahui sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

D. Manfaat Penelitian

- 1. Untuk RSUD RA Kartini Jepara
Memberikan masukan bagi pihak manajemen rumah sakit untuk dipakai sebagai acuan dalam menentukan langkah di masa mendatang khususnya dalam upaya meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan peserta Askes.
- 2. Untuk program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.
Memberikan hasil kerja tentang karakteristik sikap dokter terhadap keputusan penulisan resep obat bagi pasien pasca bedah gawat perut peserta Askes RSUD RA Kartini Jepara dan dapat dijadikan dasar penelitian lain.
- 3. Untuk peneliti.
Peneliti dapat membuka wawasan dan wacana serta menerapkan ilmu yang telah diperoleh dalam pendidikan untuk dapat diterapkan langsung di lapangan.

E. Keaslian Penelitian

Tampaknya penelitian mengenai karakteristik sikap dokter tentang penulisan resep obat DPHO/NON DPHO belum pernah dilakukan. Kalau tentang penulisan resep obat generik pernah dilakukan oleh Nunuk Maria Ulfah, dkk. (Majalah Manajemen Kesehatan, Vol. 7/02/Juni/2004) Tentang

Sistim Pembayaran Kapitasi PT Askes Kota Medan pernah dilakukan oleh Mega Karyati, dkk (Majalah Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 7/02/Juni/2004). Sedang tentang Upaya Pengendalian biaya Pelayanan Kesehatan Peserta Askes pernah diteliti oleh Fita Yulia Kisworini (Majalah Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 7/Nomor 01/Maret /2004).

Hasil Penelitian Nunuk Maria Ulfah, dkk. menunjukkan perbedaan yang sangat bermakna dalam persentase peresepan obat generik untuk keseluruhan jenis obat antar poliklinik di RSUP dr Sardjito (2004). Namun perbedaan persentase peresepan antibiotik generik antar poliklinik tidak bermakna. Di Poliklinik Bedah, peresepan antibiotik generik tinggi karena diberikan sebagai profilaksi simtomatik. Penelitian tersebut juga mengatakan bahwa pemahaman dan kepercayaan dokter senior, pengaruh detailer dan pasien tidak terbukti mempengaruhi peresepan obat generik.

Perbedaan penelitian dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.6 : Perbedaan Metodologi dalam Keaslian Penelitian.

N O	Nama Peneliti	Ruang Lingkup Masalah	Metode	Lokasi
1	Nunuk Maria Ulfah, dkk	Penulisan resep obat generik pasien ASKES.	Rancangan Observasional Cross Sectional	Rawat Jalan RSUP DR Sardjito.
2	Mega Karyati, dkk	Sistim pembayaran kapitasi PT. Askes kota Medan terhadap kepuasan dokter	Pengumpulan data, metode kuantitatif dan kualitatif	Kota Medan
3	Fita Yulia Kiswarini	Upaya pengendalian biaya pelayanan kesehatan peserta Askes	Pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif	Dinkes Yogyakarta
4	Dwi Susilowati	Karakteristik sikap dokter terhadap keputusan penulisan resep bagi pasien Askes	Penelitian survey deskriptif analitik seksional silang, pengumpulan data kuantitatif	Rawat Inap RSU RA Kartini Jepara

F. Ruang Lingkup

a. Ruang Lingkup Masalah :

Analisis karakteristik sikap dokter terhadap keputusan penulisan resep obat.

b. Ruang Lingkup Keilmuan :

Ilmu manajemen Rumah Sakit mengenai pelayanan medis.

c. Ruang Lingkup Sasaran :

Sasaran dari penelitian ini adalah dokter RSUD RA Kartini Jepara

d. Ruang Lingkup Lokasi :

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD RA Kartini Jepara

e. Ruang Lingkup Waktu :

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Januari 2005 sampai dengan Nopember 2005.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sikap

Istilah sikap digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer tahun 1862 yang pada saat itu artinya status mental. Thurstone (1962), Likert (1932) berpendapat sikap adalah bentuk reaksi perasaan. Chave (1928) mengatakan sikap adalah respon terhadap stimulus sosial. Secord dan Bacman (1964) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan dalam hal perasaan (*afeksi*), pemikiran (*kognisi*) dan predisposisi tindakan (*konasi*).

Dalam bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Teori Tindakan Beralasan dari Ajzen dan Fishbein, menyatakan bahwa sikap mempengaruhi perilaku lewat proses pengambilan keputusan yang beralasan, yang ditentukan oleh sikap spesifik, norma subyektif dan niat berperilaku¹¹.

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni :

1. Menerima

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau memperhatikan stimulus yang memberikan (objek).

2. Merespon

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang memberikan adalah suatu indikasi sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang yang menerima ide tersebut.

3. Menghargai

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran sikap dilakukan dengan cara langsung, dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu objek¹².

B. Keputusan

Keputusan secara umum dapat diartikan sebagai pemilihan diantara banyak alternatif. Scot dan Mitchell, yang dikutip oleh Kamaludin (2003), membedakan tipe keputusan ke dalam keputusan perorangan dan keputusan organisasi. Keputusan yang dilakukan oleh perorangan berupa keputusan berpartisipasi sedangkan yang dilakukan oleh organisasi berupa keputusan berproduksi.

1. Keputusan Berpartisipasi (Perorangan)

Berpartisipasi berarti keikutsertaan seseorang untuk melakukan suatu kegiatan karena adanya dorongan untuk melakukannya. Seseorang yang berpartisipasi tentu melakukan perhitungan tentang dorongan dan

sumbangan pada suatu organisasi. Ini berarti orang berharap adanya suatu imbalan dari organisasi tempat ia melakukan partisipasi, dan organisasi juga berharap atas fungsi seseorang untuk berpartisipasi. Apabila imbalan dari organisasi lebih kecil dibandingkan dengan pengorbanannya pada organisasi tersebut, orang akan selalu mencari alternatif lain, dengan demikian ia tidak akan ikut serta dalam organisasi tersebut. Apabila imbalan yang diterima sama dengan pengorbanan yang ia berikan pada organisasi, maka ia akan mencari tambahan informasi untuk menentukan ya atau tidak ikut dalam partisipasi pada organisasi tersebut. Tentu saja pada saat terakhir ia akan memutuskan ikut jika tambahan informasi menyatakan pada tempat lain justru lebih tidak menguntungkan, demikian sebaliknya. Pada situasi lain, apabila pengorbanan yang ia terima lebih kecil daripada imbalannya maka orang tersebut akan berpartisipasi pada organisasi tersebut.

2. Keputusan Berproduksi (Organisasi)

Keputusan ini berupa usaha organisasi dalam menyesuaikan diri dengan setiap perubahan-perubahan yang terjadi. Penyesuaian dapat bersifat rutin dan inovatif atau kreatif.

a. Penyesuaian yang bersifat rutin

Rutinitas suatu kegiatan dalam sebuah organisasi pada pekerjaan (masalah) yang sama dapat dibuatkan suatu program atau rencana. Program tersebut harus disistematisasi dengan baik, sehingga apabila terjadi perubahan yang mempengaruhi sistem, maka sistem tersebut akan mengadakan tanggapan secara otomatis terhadap sifat perubahan dan akan mengadakan pemilihan program yang sudah tersedia guna mengatasi persoalan-persoalan yang terjadi terhadap perubahan tersebut

b. Penyesuaian yang bersifat inovatif

Situasi yang tidak menentu membuat pengambil keputusan harus melakukan inovasi-inovasi dalam merumuskan kebijakan untuk dibuat suatu keputusan. Keputusan dalam kondisi tidak menentu terjadi karena banyak hal, bisa berupa adanya kondisi ekonomi yang tidak menentu, permintaan yang tidak pasti, gejolak politik yang memanas dan lain sebagainya, yang muncul manakala akan dibuat suatu keputusan harus mencari tambahan informasi yang relevan guna mendukung pengambilan keputusan. Oleh karena itu perlu adanya sistem komunikasi dan sistem informasi yang baik agar dapat membantu memperlancar proses adaptasi organisasi terhadap perubahan yang timbul.

Chester Barnad, yang dikutip Kamaludin (2003) juga membedakan menjadi keputusan pribadi dan keputusan organisasional. Yang membedakan kedua keputusan ini adalah keputusan pribadi tidak dapat didelegasikan sedangkan keputusan organisasional dapat didelegasikan pada orang lain.

Sedangkan Mc. Farland mempunyai pendapat lain. Dikemukakan oleh Mc Farland, klasifikasi tipe keputusan menjadi keputusan dasar dan keputusan rutin.

1. Keputusan Dasar

Keputusan dasar merupakan keputusan unit, investasi dalam jumlah besar, keputusan yang satu kali menyangkut komitmen jangka panjang dan relatif permanen, serta derajat pentingnya sangat tinggi karena satu kesalahan pengambilan keputusan akan berpengaruh terhadap organisasi secara keseluruhan. Keputusan-keputusan ini merupakan kebijakan manajemen puncak atau *top leader* dan memerlukan banyak informasi sebelum keputusan diambil.

2. Keputusan Rutin

Merupakan keputusan–keputusan setiap hari, bersifat repetitif (berulang–ulang) dan mempunyai sedikit dampak terhadap organisasi secara keseluruhan. Keputusan rutin menjadi tanggung jawab penyelia lini pertama sampai pada tingkat *middle manager*. Keputusan rutin mempunyai proporsi yang besar dalam suatu organisasi dibanding keputusan dasar.

Menurut Irwin D. Bross, yang dikutip oleh Kamaludin (2003) pada dasarnya keputusan dapat dibedakan menurut tingkatannya, yaitu keputusan otomatis, keputusan memori, dan keputusan kognitif.

1. Keputusan Otomatis

Merupakan suatu keputusan yang bersifat biologis atau fisis, dan didasarkan atas gerak refleks atau insting. Keputusan yang terjadi tidak berubah atau tidak akan disempurnakan kembali karena keputusan bukan didasarkan atas pertimbangan pikiran atau otak. Pengambilan keputusan otomatis merupakan pengambilan keputusan yang tingkatannya paling rendah. Contoh keputusan otomatis adalah seseorang yang akan dipukul secara mendadak, maka keputusan yang dibuat adalah secara mendadak pula, yaitu melalui gerakan refleks untuk menangkisnya.

Keputusan otomatis banyak digunakan bidang–bidang pekerjaan yang lain, misalnya saja bidang kedokteran, dengan menciptakan alat untuk mendeteksi gerakan jantung. Para ahli sesmograf secara otomatis dapat memantau gerakan gempa bumi dan masih banyak lagi bidang–bidang pekerjaan yang menggunakan peralatan untuk menciptakan keputusan otomatis.

2. Keputusan Memoris

Keputusan ini mendasarkan diri atas kemampuan untuk mengingat akan wewenang dan tugas yang diberikan kepada yang bersangkutan. Keputusan ini lebih banyak menggunakan kemampuan insting dan dapat dilakukan dengan cara–cara latihan untuk mempertajam ingatan dan harus diarahkan pada tujuan–tujuan tertentu. Keputusan memorial ini dapat diterapkan dalam suatu organisasi, misalnya pada perawatan diberikan wewenang dan tugas hanya batas–batas tertentu.

3. Keputusan Kognitif

Keputusan kognitif merupakan keputusan yang pembuatannya berdasarkan ilmu pengetahuan dan pengambil keputusan memperhatikan faktor–faktor lingkungan, pengetahuan dan pengalaman. Karena didasarkan atas ilmu pengetahuan, maka dalam mengatasi masalah terlebih dahulu diidentifikasi, kemudian dirumuskan permasalahan yang sesungguhnya. Setelah masalah dirumuskan dengan jelas, maka dibuatkan berbagai macam alternatif jawaban untuk mengatasi permasalahan. Dari sekian banyak alternatif dan dengan mempertimbangkan tambahan informasi yang relevan, harus dipilih suatu alternatif yang dianggap paling tepat untuk memecahkan masalah tersebut. Tindakan terakhir atas keputusan kognitif adalah implementasi hasil keputusan dengan dibarengi tindakan pemantauan (*monitoring*) setiap kegiatan agar dapat dibandingkan antara rencana dengan realisasinya¹³.

C. Latar Belakang Pengambilan Keputusan

Y. Supranto (1998) mengemukakan sangat menarik dan monolog di dalam pembahasan mengenai teori pengambilan keputusan bisa memperhatikan *organisasi, perorangan* dan *kelompok perorangan* yang

terlibat dalam proses pengambilan keputusan dinyatakan dalam teori sistem.

Dalam teori ini, yang suatu sistem (*system*) merupakan suatu set elemen–elemen atau komponen–komponen yang tergabung bersama berdasarkan suatu bentuk hubungan tertentu. Komponen–komponen itu satu sama lain saling kait mengait dan membentuk suatu kesatuan yang utuh.

Tingkah laku suatu sistem ditentukan oleh hubungan antar komponennya. Suatu organisasi merupakan suatu contoh sistem yang terdiri dari sejumlah individu, kelompok individu atau departemen–departemen bekerja sama untuk mencapai suatu tujuan. Departemen merupakan sub-unit dari suatu unit yang lebih besar (katakan suatu perusahaan), yang masing-masing secara terpisah mempunyai tujuan tersendiri, namun dalam suatu sistem tujuan-tujuan harus terkait sehingga tujuan yang lebih besar yaitu tujuan organisasi secara keseluruhan dapat tercapai. Tingkah laku suatu organisasi, katakan suatu perusahaan, sangat tergantung pada tingkah laku komponen-komponennya dan ada hubungan antara komponen.

1. Lima Dasar Pengambilan Keputusan

Menurut George R. Ferry yang disarikan oleh Ibnu Syamsi, dasar pengambilan keputusan dibedakan menjadi 5 (lima) macam. Kelima macam dasar pengambilan keputusan tersebut adalah :

- a. Berdasarkan intuisi
- b. Berdasarkan rasional
- c. Berdasarkan fakta
- d. Berdasarkan pengalaman
- e. Berdasarkan wewenang

a. Keputusan Berdasarkan Intuisi

Intuisi berarti perasaan. Keputusan yang didasarkan pada intuisi berarti keputusan yang diambil berdasarkan pertimbangan-pertimbangan perasaan seseorang yang mempunyai tendensi subjektif. Karena subjektivitas dari perasaan seseorang, pengambilan keputusannya akan mudah terpengaruh sugesti, pengaruh luar, rasa suka yang satu daripada yang lain dan faktor kejiwaan lainnya. Di samping itu, keputusan dengan pertimbangan intuisi ini juga ada keterbatasannya, yaitu kemampuan seseorang yang terbatas, baik dari sisi pendidikan, pengalaman, atau yang lainnya.

Pengambilan keputusan yang berdasarkan atas pertimbangan intuisi relatif membutuhkan waktu yang pendek. Kapan saja bisa dibuat jika perasaan (intuisi) sudah mengarah pada suatu penyelesaian. Oleh karena itu, masalah-masalah yang mempunyai dampak terbatas, pengambilan keputusannya yang berdasarkan atas intuisi akan memberikan kepuasan yang baik. Pengambilan keputusan atas dasar intuisi sangat baik untuk mengatasi masalah-masalah sosial yang dihadapi, misalnya saja persoalan pemogokan karyawan.

Meskipun subjektivitas sangat menonjol dalam pengambilan keputusan, namun ada beberapa keuntungannya, yaitu :

- 1) Pemecahan Masalah sesegara mungkin dapat dibuat, karena yang membuat keputusan itu satu orang.
- 2) Ada kecenderungan keputusan yang dibuat tepat dan dapat menyentuh perasaan orang lain, terlebih lagi apabila pengambil

keputusan suka olah rasa yang cukup tinggi, sehingga keputusannya banyak yang tepat.

- 3) Untuk masalah-masalah yang bersifat terbatas dampaknya, maka pengambilan keputusan ini akan memberikan kepuasan yang optimal.
- 4) Keputusan akan mempunyai ketepatan yang tinggi jika ditetapkan untuk mengatasi persoalan-persoalan yang bersifat kemanusiaan. Mengapa demikian, karena masalah yang bersifat kemanusiaan lebih banyak membutuhkan perhatian yang bersifat non-materi dan kecenderungan mengarah pada sentuhan perasaan.

Di samping keuntungan-keuntungan dalam penggunaan intuisi sebagai dasar pengambilan keputusan, ada kelemahan-kelemahan yang senantiasa melekat pada dasar ini, yaitu :

- 1) Ada kecenderungan kurang korektif.
- 2) Sulit diukur kebenarannya karena kesulitan mencari pembandingnya, hal ini dapat dimengerti, karena perasaan seseorang pasti berbeda-beda dalam menghadapi satu persoalan yang sama.
- 3) Karena terbiasa dengan perasaan, maka sering mengabaikan dasar-dasar pertimbangan lain yang lebih bersifat alamiah.

b. Keputusan Berdasarkan Rasional

Keputusan berdasarkan rasional berarti keputusan tersebut lebih banyak menggunakan daya pikir yang bisa diterima oleh akal sehat. Keputusan ini juga banyak berkaitan dengan pertimbangan segi

daya guna. Daya guna atau efisien berarti segala keputusan akan senantiasa memperbandingkan antara *input* yang diberikan untuk menghasilkan *output* yang diharapkan, atau dengan kata lain, keputusan ini mempertimbangkan antara *out* (pengorbanan) dengan *benefit* (manfaat) yang akan diperoleh. Oleh karena itu, jika keputusan berdasarkan pertimbangan rasional, harus ada standar untuk mengukur keberhasilan dari keputusan tersebut.

Apabila dilihat dari segi hasil yang diharapkan, maka keputusan dikatakan efisien jika yang dicapai lebih besar dari *input* yang dimaksud, dengan kata lain pengorbanan yang diberikan sedapat mungkin mencapai manfaat seoptimal mungkin. Beberapa contoh ini merupakan penerapan keputusan berdasarkan pertimbangan rasional, perbandingan antara jumlah mahasiswa dan dosen pada suatu perguruan tinggi, perbandingan antara jumlah polisi dan jumlah penduduk untuk suatu keamanan wilayah. Jika diterapkan pada suatu perusahaan dalam bidang keuangan, berapa rasio antara aktiva lancar dengan pasiva lancar, berapa rasio antara keuntungan bersih terhadap penjualannya. Dan apabila diterapkan dalam bidang produksi, misalnya saja berapa rasio penggunaan suatu *input* untuk menghasilkan *output*-nya, berapa perbandingan ideal antara jumlah karyawan dengan jumlah mesin dan lain sebagainya.

Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif, karena setiap hasil dapat dilihat dan diperbandingkan antara rencana yang berpedoman pada standar baku dengan realisasi atas pelaksanaan keputusan. Keputusan atas dasar ini, dapat dipertanggungjawabkan karena ada batasan-

batasan untuk mengukur keberhasilan atau kegagalan atas penerapan keputusan.

c. Keputusan Berdasarkan Fakta

Kata fakta tidak dapat lepas dari kata data dan informasi. Data berarti kumpulan fakta-fakta real yang disusun secara sistematis, sedangkan informasi merupakan serangkaian data yang telah diolah sesuai dengan organisasi sebagai dasar pengambilan keputusan. Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data atau informasi yang cukup merupakan keputusan solid, sehat dan akurat. Namun kendala yang menghadang adalah untuk mendapatkan suatu informasi yang dapat dipercaya seringkali mengalami kesulitan. Informasi yang terpercaya berarti data harus diolah secara cermat melalui beberapa tahapan, misalnya mendiagnosis terlebih dahulu, mengelompokkan data yang relevan dengan masalah yang dihadapi kemudian menginterpretasikannya. Untuk itu diperlukan tenaga yang ahli, terampil dan yang mampu mengolah data yang baik untuk menjadi informasi yang dibutuhkan.

d. Keputusan Berdasarkan Pengalaman

Pengalaman merupakan guru yang terbaik, demikian pepatah mengatakan. Baik pengalaman sukses maupun pengalaman kegagalan. Pengalaman dapat dijadikan pijakan atau dasar dalam pengambilan suatu keputusan. Pada saat pengambilan keputusan dihadapkan pada masalah yang akan dipecahkan berdasarkan pengalaman, maka ia akan mengingat-ingat apakah yang sama atau hampir sama pernah terjadi pada masa sebelumnya, dengan melacak melalui arsip-arsip atau dokumen-dokumen yang tersimpan. Apabila ada, kemudian tinggal melihat apakah

permasalahan yang sama atau mirip itu sesuai dengan kondisi dan situasi yang hampir sama saat ini. Jika ternyata masih ada kesamaan maka cara yang sama dalam mengatasi masalah yang sama tersebut tinggal diterapkan saja. Dengan demikian, dalam menyelesaikan masalah tersebut dapat dihemat uang dan waktu untuk mencari alternatif-alternatif pemecahan lain, dan keputusan dapat diambil dengan cepat serta akurat.

Keputusan berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis, apalagi bila dikaitkan dengan terbatasnya waktu untuk segera menyelesaikan persoalan-persoalan yang sifatnya segera. Oleh karena itu pengalaman dan kemampuan dalam memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah dari penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah. Bagi seorang pimpinan yang secara sepiantas saja ia sudah menduga penyelesaian macam apa yang harus dilakukan.

e. Keputusan Berdasarkan Wewenang

Wewenang merupakan hak untuk melakukan sesuatu perintah agar tujuan dapat tercapai. Wewenang dalam suatu organisasi dapat diperbandingkan dengan sistem syaraf dalam tubuh manusia. Tanpa otak dan syaraf, tubuh tidak akan berfungsi. Demikian pula dalam suatu organisasi, seorang manager mempunyai hak untuk memberi perintah dan tugas, serta menilai pekerjaan karyawan yang menjadi bawahannya. Wewenang merupakan hasil delegasi atau pelimpahan wewenang dari posisi atasan ke bawahan dalam organisasi.

Setiap orang menjadi pimpinan dalam organisasi mempunyai tugas dan wewenang untuk mengambil keputusan dalam rangka

menjalankan kegiatan demi tercapainya tujuan organisasi dengan berhasil guna dan berdaya guna. Meskipun kelihatannya keputusan atas dasar wewenang adalah baik, namun perlu diperhatikan bahwa apabila keputusan hanya berdasarkan atas wewenang belaka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan praktik-praktik diktatorial. Keputusan berdasarkan atas wewenang sering kali melewati batas permasalahan yang dibahas (dipecahkan) sehingga dapat menimbulkan pengaburan pokok permasalahan, dan itulah yang menjadi sentral kelemahan atas pelaksanaan keputusan berdasarkan wewenang. Di samping kelemahan-kelemahan yang timbul, keputusan ini juga memiliki keunggulan-keunggulan sebagaimana dikemukakan oleh George Terry, yang menyebutkan tiga keuntungan, yaitu ¹⁴:

- 1) Banyak diterima oleh bawahan
- 2) Memiliki otentisitas
- 3) Sifat keputusan lebih permanen

D. Tautan Antara Persepsi Pengambilan Keputusan Individual

Pengambilan keputusan individual merupakan suatu bagian terpenting dari perilaku organisasi. Tetapi bagaimana individu-individu dalam organisasi mengambil keputusan, dan kualitas dari pilihan terakhir mereka, sebagian besar dipengaruhi oleh persepsi-persepsi mereka.

Pengambilan keputusan terjadi sebagai suatu reaksi terhadap suatu masalah (*problem*). Terdapat suatu penyimpangan antara sesuatu keadaan

dewasa ini dan sesuatu keadaan yang diinginkan, yang menuntut pertimbangan arah-arrah tindakan alternatif.

Menurut Steppen Robbin (1996), persepsi dapat didefinisikan sebagai suatu proses dengan mana individu-individu mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera mereka agar memberi makna kepada lingkungan mereka. Bagaimanapun, seperti telah kami catat, apa yang dipersepsikan seseorang dapat cukup berbeda dari kenyataan yang objektif. Tidak harus demikian, tetapi sering ada ketidaksepakatan.

Persepsi ini penting semata-mata karena perilaku orang-orang didasarkan pada persepsi mereka mengenai apa realitas itu, bukan mengenai realitas itu sendiri. Dunia seperti yang dipersepsikan adalah yang penting dari segi perilaku.

Bagaimana kita menjelaskan bahwa individu-individu mungkin memandang pada satu benda yang sama toh mempersepsikannya secara berbeda? Sejumlah faktor bekerja untuk membentuk dan kadang memutar-balik persepsi. Faktor-faktor ini dapat berada pada pihak pelaku persepsi (*perceiver*), dalam objeknya atau target yang dipersepsikan, atau dalam konteks dari situasi dalam mana persepsi itu dilakukan. Faktor yang mempengaruhi persepsi :

1. Pelaku persepsi
2. Target
3. Situasi

E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Model Keputusan

Pengambilan keputusan merupakan proses interaksi antara *input-input* sebagai bahan dasar pembentukan suatu model keputusan, yang terdiri atas tujuan organisasi, kendala-kendala intern, kriteria pelaksanaan dan

berbagai alternatif pemecahan masalah. Interaksi tersebut diharapkan akan menghasilkan *output* yang baik yang berupa pelaksanaan keputusan, pengendalian dan umpan baliknya.

Pengambilan keputusan baik keputusan pribadi maupun keputusan kelompok dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1. Keadaan dan nilai-nilai yang kerap kali bertentangan
2. Pengaruh politik
3. Emosionalisme
4. Tingkat pendidikan
5. Model keputusan faktual

Lima faktor tersebut akan berpengaruh terhadap pembentukan suatu model keputusan.

F. Macam-Macam Model Pengambilan Keputusan

Ada berbagai pendapat tentang macam dari model untuk membuat suatu keputusan. Berbagai pendapat tersebut dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Model Pengambilan Keputusan Optimasi

Yaitu memeriksa bagaimana seharusnya individu-individu berperilaku agar memaksimalkan suatu hasil. Ini disebut sebagai model optimasi dari pengambilan keputusan.

Langkah-langkah dalam Model Optimasi

Ada lima langkah yang hendaknya diketahui oleh seorang individu, baik secara eksplisit atau implisit, bila mengambil keputusan.

- a. LANGKAH 1 : PASTIKAN KEBUTUHAN AKAN SUATU KEPUTUSAN Langkah pertama menuntut pengenalan bahwa suatu keputusan perlu diambil. Eksistensi suatu masalah atau, seperti kami nyatakan sebelum ini, suatu disparitas (perbedaan) antara sesuatu keadaan yang diinginkan dan yang sebenarnya menimbulkan pengenalan ini.
- b. LANGKAH 2 : KENALI KRITERIA KEPUTUSAN Sekali seseorang individu telah menentukan kebutuhan akan suatu keputusan, kriteria yang akan penting dalam pengambilan keputusan harus dikenali.
- c. LANGKAH 3 : ALOKASI BOBOT KEPADA KRITERIA ITU Kriteria yang didaftar dalam langkah di atas tidak semua sama pentingnya. Oleh karena itu perlu untuk membobot faktor-faktor yang didaftar dalam langkah 2 untuk memprioritaskan pentingnya mereka dalam keputusan semua kriteria relevan, tetapi beberapa lebih relevan daripada yang lain.

Bagaimana pengambilan keputusan membobot kriteria? Suatu pendekatan sederhana akan sekedar memberi kriteria yang paling penting suatu angka - katakan sepuluh – dan kemudian berikan bobot ke sisa kriteria terhadap standar ini. Jadi hasil langkah 2 dan 3 adalah membiarkan pengambilan keputusan untuk menggunakan preferensi pribadi mereka baik untuk memprioritaskan kriteria yang relevan maupun untuk menyatakan derajat relatif pentingnya dengan memberikan suatu bobot kepada masing-masing.

- d. LANGKAH 4 : KEMBANGKAN ALTERNATIF-ALTERNATIF Langkah keempat menuntut pengambil keputusan untuk mendaftar semua alternatif yang lulus penilaian yang mungkin dapat berhasil dalam

memecahkan masalah ini. Dalam langkah ini tidak diupayakan menilai alternatif, hanya mendaftar mereka.

- e. LANGKAH 5 : EVALUASI ALTERNATIF-ALTERNATIF ITU Sekali alternatif-alternatif itu telah dikenali, pengambil keputusan harus secara kritis mengevaluasi satu demi satu.

2. Model Pengambil Keputusan Alternatif

Apakah individu-individu benar-benar mengambil keputusan menurut cara yang diramalkan oleh optimasi? Kadang. Bila pengambil keputusan menghadapi suatu problem sederhana yang mempunyai sedikit arah tindakan alternatif, dan bila biaya untuk menelusuri dan mengevaluasi alternatif-alternatif rendah, model optimasi memberikan suatu pemberian yang cukup tepat (akurat) dari proses keputusan. Tetapi banyak keputusan, terutama yang penting dan sukar. Macam yang belum dijumpai oleh seorang sebelumnya dan untuk mana tidak ada aturan terprogram atau terbaku untuk memberikan panduan – tidak melibatkan problem yang sederhana dan terstruktur dengan baik. Sebagai gantinya keputusan itu dicirikan oleh kerumitan, ketidakpastian yang relatif tinggi (semua alternatif, misalnya, kemungkinan kecil telah diketahui), dan tujuan serta preferensi yang tidak jelas atau tidak konsisten. Kategori keputusan ini akan mencakup pemilihan pasangan hidup, mempertimbangkan apakah menerima baik suatu tawaran pekerjaan baru dalam suatu lowongan dalam departemen Anda, mengembangkan suatu strategi pemasaran untuk suatu produk baru, memutuskan dimana membangun suatu pabrik manufaktur tambahan, dan menentukan waktu yang tepat untuk meng-*go-public*-kan perusahaan kecil Anda dengan menjual saham. Ada tiga alternatif terhadap model optimasi : model cukup memuaskan (*satisficing*) atau

rasionalitas berikat (*bounded rationality*), model favorit implisit, dan model intuitif.

Maka terdapat empat kategori keputusan yaitu :

- a. Keputusan dalam keadaan ada kepastian (*certainty*)
- b. Keputusan dalam keadaan ada resiko (*risk*)
- c. Keputusan dalam keadaan ketidakpastian (*uncertainty*)
- d. Keputusan dalam keadaan ada konflik (*conflict*)

G. Kepribadian dan Kecakapan Pengambil Keputusan

Pengambilan keputusan kerap kali dipengaruhi oleh kepribadian dan kecakapan pengambil keputusan, yang meliputi penilaiannya, kebutuhannya, tingkatan intelegensinya, kapasitasnya, kapabilitasnya, dan keterampilannya. Nilai-nilai tersebut selanjutnya akan tercermin pada keputusan yang diambilnya. Oleh karena itu, pengambil keputusan mempunyai beberapa tipe jika dikaitkan dgn macam keputusannya. Erich Form membedakan 5 tipe :

1. Tipe ketergantungan
2. Tipe eksploitatif
3. Tipe tabungan
4. Tipe pemasaran
5. Tipe produktif

1. Tipe Ketergantungan

Pada tipe ini, pengambil keputusan tidak mempunyai pendirian yang tegas. Ketidaktegasan bisa jadi disebabkan oleh beberapa faktor antara lain kurang menguasai permasalahan dan tidak mempunyai pengalaman dalam memutuskan suatu persoalan. Oleh karenanya, ia

memandang orang lain lebih mampu mengatasi masalah yang sedang dihadapi, dan karenanya ia menjadi tergantung pada orang lain pada setiap pengambilan keputusan.

2. Tipe Eksploitatif

Kebalikan dari tipe pertama, pengambil keputusan akan mengeksploitasi orang lain atau bawahan untuk kepentingan diri sendiri. Mekanisme yang terjadi adalah ide keputusan berawal dari bawahan. Karena pimpinan merasa tidak mampu, ia menyatakan bahwa ada ide keputusan itu berasal dari idenya sendiri.

3. Tipe Tabungan

Pada tipe ini, pengambil keputusan mempunyai kecenderungan mengumpulkan ide-ide untuk kepentingan sendiri guna memperkuat posisinya dan wibawanya dalam organisasi. Ia tidak mau memperlihatkan dan membeberkan apalagi membagi (*sharing*) kepandaianya kepada orang lain.

4. Tipe Pemasaran

Pengambil keputusan dalam hal ini sengaja ingin menjual ide-idenya pada pihak lain atau sengaja memamerkan ide-ide kepada bawahannya agar ia dipuji pihak lain atau sekedar ingin memperlihatkan wibawanya sebagai pemimpin.

5. Tipe Produktif

Pengambil keputusan benar-benar memiliki kemampuan, baik pengetahuan maupun keterampilan, dan pandangan jauh ke depan. Oleh karenanya, ia sangat peduli dan dapat bekerjasama dgn bawahan, penuh inisiatif, dan kreatif¹⁵.

H. Asuransi Kesehatan (Askes)

Undang-Undang Republik Indonesia No.2/1992 tentang asuransi memberikan definisi asuransi sebagai berikut :

“Asuransi adalah perjanjian antara kedua belah pihak atau lebih dgn mana pihak penanggung mengikatkan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atau meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan”¹⁶.

Definisi yang cukup komprehensif tentang asuransi adalah yang dikemukakan oleh Athern (1960) yaitu sebagai berikut :

“Asuransi adalah suatu instrumen sosial yang menggabungkan resiko individu menjadi resiko kelompok dan menggunakan dana yang dikumpulkan oleh kelompok tersebut untuk membayar kerugian yang diderita. Esensi asuransi adalah suatu instrumen sosial yang melakukan kegiatan pengumpulan dana secara sukarela, mencakup kelompok resiko dan setiap individu atau badan yang menjadi anggotanya mengalihkan resikonya kepada seluruh kelompok.”¹⁷

Adapun, Black dan Skipper (1994) menyampaikan ada dua komponen penting pada asuransi kesehatan, yaitu transfer resiko dari individu kepada kelompok dan berbagai kerugian (*sharing of losses*) diantara anggota kelompok.

Resiko-resiko yang mungkin akan menimpa manusia adalah sebagai berikut :

1. Risiko terkena penyakit atau cacat

2. Risiko mati, setiap yang hidup pasti mati. Hanya waktu kematian itu yang tidak dapat ditentukan sebelumnya, apakah kita akan mati di usia dini ataukah di usia lanjut. Agar kematian sewaktu-waktu tidak menyengsarakan anak dan istri, perlu ada upaya memberikan tinggalkan harta bagi mereka.
3. Risiko hari tua, secara alamiah manusia semakin tua semakin berkurang kemampuan dalam bekerja.
4. Risiko kehilangan, misalnya hilangnya barang akibat kecurian, kecelakaan dan kebakaran.
5. Risiko rusak, misalnya rusak akibat kecelakaan, kebakaran, dan bencana alam, banjir, angin ribut, gempa bumi.
6. Risiko atas laba yang diharapkan, misalnya laba yang sudah diperkirakan akan diterima, hilang akibat suatu peristiwa. Jadi, yang hilang selain nilai barang sebesar harga pokok pembelian, juga laba yang diharapkan dapat diperoleh atau bisa disebut laba khayal.
7. Risiko susut, yaitu berkurangnya berat barang karena sifat barang itu sendiri.

Cara pembayaran dalam sistem asuransi pemeliharaan kesehatan

Dalam upaya pemeliharaan kesehatan, berbagai macam cara pembayaran dipergunakan pada waktu sehat maupun pada waktu sakit. Pada umumnya orang baru membiayai pemeliharaan kesehatannya (berobat) pada saat sakit. Hal ini tentu menambah kerugian karena pada saat sakit penghasilan kemungkinan menurun demikian pula

produktivitasnya. Untuk masyarakat berpenghasilan rendah, hal ini akan menjadi beban yang berat, suatu lingkaran tanpa henti.

Dengan program asuransi kesehatan atau jaminan pemeliharaan kesehatan (*managed care*) diharapkan akan membantu mengatasi hal tersebut. Di mana seseorang telah membiayai kesehatannya (pengobatan) pada saat masih sehat atau sebelum sakit.

Beberapa bentuk cara pembayaran pemeliharaan kesehatan antara lain :

1. Dengan cara pembayaran konvensional.
2. Pemeliharaan kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan ganti rugi
3. Pemeliharaan kesehatan dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM atau *managed care*).

Unsur-unsur asuransi

Dari pengertian asuransi di atas, dapat dikemukakan beberapa unsur asuransi sebagai berikut :

1. Adanya pembayaran resmi
2. Adanya pembayaran kerugian
3. Adanya pihak tertanggung dan pihak penanggung
4. Adanya peristiwa yang tidak dapat ditentukan sebelumnya
5. Adanya risiko yang mungkin menimpa kepentingan tersebut¹⁷

I. Aspek Sikap Manusia dalam Manajemen Biaya Asuransi Kesehatan

Dalam manajemen pelayanan kesehatan tersangkut tiga kelompok manusia yang sedikitnya terlibat, yaitu kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*, misalnya dokter-dokter, perawat-perawat), kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (para konsumen) serta kelompok ketiga, yang secara tidak langsung terlibat, misalnya pada administrator (baik di kalangan perusahaan maupun pemerintah dan lain lain).

Bahkan masih ada kelompok lain yang terlibat secara tidak langsung yaitu masyarakat secara keseluruhan atau keluarga-keluarga penderita yang justru tidak jarang sangat menentukan dalam manajemen pelayanan kesehatan.

Sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan adalah bahwa baik para *health provider* maupun konsumen jarang mempertimbangkan aspek-aspek biaya, sepanjang hal itu menyangkut masalah penyembuhan suatu penyakit. Para *health provider* akan selalu didesak untuk menggunakan kemampuan, teknologi maupun obat-obatan yang mutakhir. Hal ini untuk dapat memberikan rasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepadanya dalam menyembuhkan seorang pasien. Kenyataan ini juga didukung oleh kebutuhan konsumen yang menghendaki suatu pelayanan yang sebaik mungkin, juga dalam rangka memperoleh rasa aman.

Bagi konsumen sebabnya tiada lain adalah karena pertaruhan yang diletakkan adalah nyawa si pasien sendiri. Keadaan ini membawa kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, *cost efficiency*, dan lain lain. Karena itu, tidak jarang pelayanan kesehatan

dianggap semata-mata bersifat konsumtif, tanpa mempedulikan aspek untung-rugi.

Kepentingan ini akan berlawanan dengan kepentingan para administrator (pemerintah, pemimpin perusahaan), yang sedikit banyak akan memperhatikan aspek biaya dari pelayanan kesehatan. Tidak jarang para administrator mengeluh akan sikap para konsumen dan para *health provider* mengeluh akan sikap administrator.

Konflik kepentingan yang bersumber pada tingkah laku manusia ini antara lain akan mendapat penyelesaian yang seimbang, apabila diterapkan pendekatan tumbuhnya keseimbangan antara kewajiban dan hak, serta hukum ganjaran & hukuman (*punishment and reward*). Di samping itu, juga harus dieliminasi perilaku yang negatif.

J. Penulisan Resep Obat

Kriteria dalam memilih obat esensial (WHO, 1994)

Pilihan pertama harus ditujukan kepada obat yang sudah terbukti kemampuan dan keamanannya dalam memenuhi kebutuhan sebagian besar masyarakat.

Pemilihan hanya dilakukan terhadap obat yang data ilmiahnya lengkap dan diperoleh dari uji klinik berpembanding dan/atau kajian apidemiologis yang memperlihatkan bukti manfaatnya dalam penggunaan di berbagai situasi. Obat baru hanya dipilih bila efeknya nyata lebih baik daripada obat yang sudah ada.

Setiap obat harus memenuhi bakuan mutu termasuk kalau perlu, ketersediaan hayati dan stabilitas dalam kondisi penyimpanan dan penggunaan yang direncanakan.

Harus digunakan nama generik (*INN, International Nonproprietary Name*) Nama ini merupakan nama ilmiah terpendek yang didasari nama zat aktif. Yang bertanggung jawab untuk menentukan dan mempublikasikan INN dalam bahasa Inggris, Perancis, Latin, Rusia, dan Spanyol adalah WHO.

Biaya pengobatan, dan terutama nisbah biaya/kemanjuran obat atau sediaan obat merupakan kriteria utama.

Bila terdapat dua atau lebih obat yang sama sifatnya, pilihan jatuh pada obat yang :

1. Telah lebih banyak diteliti,
2. Sifat farmokokinetiknya paling menguntungkan, dan
3. Dibuat oleh pabrik lokal yang baik.

Obat esensial harus dibuat dalam formulasi obat tunggal. Obat kombinasi tetap hanya dapat diterima bila dosis masing-masing komponennya adalah dosis yang dibutuhkan oleh umumnya masyarakat penggunaanya dan bila kombinasi ini terbukti memiliki kelebihan dibandingkan dengan pemberian masing-masing komponen tunggalnya, baik dalam segi efek terapi, keamanan, kepatuhan, atau biaya.

Kemanjuran

Kebanyakan dokter menuliskan resep berdasarkan kemanjuran dan baru memikirkan efek samping kalau sudah menghadapinya. Ini berarti banyak pasien sebenarnya diobati dengan obat yang lebih kuat atau lebih canggih daripada obat yang diperlukan (misalnya penggunaan antibiotik spektrum luas untuk infeksi ringan). Masalah lainnya, obat-P mungkin bernilai dari segi yang tidak relevan secara klinis. Kadang-kadang sifat farmokokinetik, yang secara klinis tidak penting, sangat ditonjolkan pada suatu obat yang mahal, padahal tersedia obat lain yang lebih murah.

Keamanan

Semua obat mempunyai efek samping, bahkan juga obat-P. Efek samping merupakan ancaman utama di negara industri. Diperkirakan sampai dengan 10% penderita di rumah sakit dirawat karena reaksi yang tidak diinginkan dari obat. Tidak semua cedera akibat obat dapat dicegah, tetapi kebanyakan cedera itu timbul karena pilihan obat atau dosis yang salah, dan ini dapat dicegah. Umumnya, kelompok yang berisiko tinggi terhadap suatu obat dapat dibedakan. Biasanya kelompok ini adalah kelompok yang memang harus diperhatikan, manula, anak-anak, wanita hamil dan penderita penyakit hati atau ginjal.

Biaya

Pilihan terbaik dari segi kemanjuran dan keamanan mungkin saja obat yang paling mahal sehingga untuk pasien tertentu mungkin tidak terjangkau harganya. Kadang harus memilih antara mengobati sejumlah kecil pasien dengan obat yang sangat mahal dan sejumlah besar pasien dengan obat yang kurang ideal tetapi masih dapat diterima. Ini memang tidak mudah, tetapi memang itulah yang dihadapi. Peranan asuransi kesehatan dan jaminan kemanjuran dan keamanan mungkin tidak (sepenuhnya) ada yang menanggung biayanya, maka pasien akan meminta dokter memberi obat lain, bukan yang terbaik itu. Bila obat tidak tersedia bebas atau tidak diganti biayanya, pasien harus membelinya sendiri. Dan bila obat terlalu banyak diberikan, mereka mungkin terpaksa membelinya sebagian saja atau dalam jumlah yang tidak benar-benar diperlukan, tersedia, dan terjangkau¹⁸.

K. Penjelasan Kode Etik Kedokteran Indonesia

Pasal 4 ayat 1

“Secara sendiri atau bersama-sama menerapkan pengetahuan dan ketrampilan kedokteran dalam segala bentuk tanpa kebebasan profesi”.

Tidak dibenarkan dokter yang berpraktek ikut serta dalam usaha Apotik, Optisien, Laboratorium Klinik, dengan perjanjian akan mengirimkan penderita kepada tempat itu, atau dengan sengaja mengikatkan diri menjadi propaganda dari perusahaan farmasi. Dalam fungsi itu, ia tidak bebas lagi mengemukakan pendapat tentang produk perusahaan tersebut

Merendahkan martabat jabatan kalau dokter bekerja sama dengan orang/badan yang tidak berhak melakukan praktek dokter, dengan demikian melindungi perbuatan orang itu.

Ayat 2

“Menerima imbalan selain dari pada jasa yang layak sesuai dengan jasanya, kecuali dengan keikhlasan sepengatuan dan atau kehendak penderita”.

Seorang yang memberikan keahlian dan tenaganya untuk keperluan orang lain, berhak menerima upah. Demikian pula dengan seorang dokter meskipun sifat hubungan dokter dengan penderita, tidak dapat sepenuhnya disamakan dengan itu.

Pada jaman purbakala, orang berobat mempersembahkan korban, kepada sang pengobat, sebagai penangkis setan Iblis yang menyebabkan penyakit. Sekarangpun, masih berlaku kebiasaan memberikan sesuatu kepada dukunnya, seperti : ayam, beras ketan dan sebagainya.

Jadi imbalan jasa yang diberikan kepada dokter sebetulnya lanjutan daripada kebiasaan tersebut.

Pertolongan dokter terutama didasarkan pada perikemanusiaan, diberikan tanpa perhitungan terlebih dahulu tentang untung ruginya. Setiap penderita harus diperlakukan sebaik-baiknya dan sejujur-jujurnya meskipun

demikian hasil dan pekerjaan itu hendaknya juga dapat memenuhi keperluan hidup sesuai dengan kedudukan dokter dalam masyarakat.

Perumahan yang layak yang berarti tempat hidup berkeluarga yang cukup dan higienis, serta tempat praktek dokter mempunyai ruangan tempat menerima penderita dengan aman dan tenang.

Alat-alat kedokteran seperlunya, kendaraan, pustaka sederhana, santapan rohani, kewajiban sosial dan lain-lain, semua itu memerlukan anggaran belanja. Jadi sudah selayaknya kalau dokter menerima imbalan jasa untuk pengabdian profesinya. Di kota besar seperti Jakarta, tempat praktek sering terpisah dari rumah yang memerlukan biaya tidak sedikit.

Karena sifat perbuatannya mulia, maka uang yang diterima tidak diberi nama upah atau gaji, melainkan honorarium atau imbalan jasa. Besarnya tergantung kepada beberapa faktor yaitu keadaan setempat, kemampuan penderita, lama dan sifatnya pertolongan yang diberikan dan sifat umum atau spesialisik.

Pedoman dasar imbalan dokter adalah sebagai berikut :

1. Imbalan jasa dokter disesuaikan dengan kemampuan penderita.
Kemampuan penderita dapat diketahui dengan bertanya langsung mempertimbangkan kedudukan/mata pencaharian, Rumah Sakit dan kelas dimana penderita di rawat.
2. Dari segi medik imbalan jasa dokter ditetapkan dengan mengingat karya dan tanggung jawab dokter.
3. Besarnya imbalan jasa dokter dikomunikasikan dengan jelas pada penderita. Dengan melihat suasana, sebaiknya dikemukakan dengan bijaksana sebelum pemeriksaan atau tindakan yang diduga memerlukan biaya yang besar pada penderita.

4. Imbalan jasa dokter sifatnya tidak mutlak dan pada dasarnya tidak dapat diseragamkan. Imbalan jasa dapat diperingan atau sama sekali dibebaskan. Misalnya;

- a. Jika ternyata biaya pengobatan seluruhnya terlalu besar untuk penderita.
- b. Karena penmyulit-penyulit yang tidak terduga biaya pengobatan jatuh di luar perhitungan semula.

Dalam hal-hal penderita dirawat di Rumah Sakit, dan jika biaya pengobatan menjadi terlalu berat maka imbalan jasa untuk dokter dapat diperingan atau dibebaskan sama sekali.

5. Bagi penderita yang mengalami akibat kecelakaan, pertolongan lebih diutamakan daripada imbalan jasa.
6. Seorang penderita dapat mengajukan permohonan untuk mendapat :
 - a. Keringan imbalan jasa dokter, langsung pada dokter yang merawat.
 - b. Jika perlu dapat melalui Ikatan Dokter Indonesia setempat.
7. Dalam hal ketidak serasian mengenai imbalan jasa dokter yang diajukan kepada Ikatan Dokter Indonesia, Ikatan Dokter Indonesia akan mendengarkan kedua belah pihak sebelum menetapkan keputusannya.

Imbalan jasa dokter spesialis pada umumnya lebih banyak dari pada imbalan dokter umum. Imbalan jasa tersebut ditambah dengan biaya perjalanan jika dipanggil ke rumah penderita.

Selanjutnya jasa yang diberikan pada malam hari atau waktu libur dinilai lebih tinggi dari biaya konsultasi biasa. Mengingat dewasa ini sudah terdapat aneka ragam sub spesialisasi,. Maka imbalan untuk sub spesialisasi tersebut diatur secara khusus. Imbalan jasa dokter, disesuaikan dengan keadaan maka ketentuan imbalan jasa tersebut dia atas dapat dirubah. Tentu saja segala sesuatu mengenai uang jasa

sama sekali tidak mutlak sifatnya. Dokter harus mempertimbangkan kemampuan keuangan penderita. Yang kurang atau tidak mampu, dibebaskan dan sebagian atau seluruhnya dari pembayaran. Dalam hal tersebut ikutlah perasaan perikemanusiaan. Janganlah menuntut imbalan jasa yang lebih besar dari pada yang disanggupi penderita, dan dengan demikian mencari keuntungan dari penderitaan orang lain. Tidak sesuai dengan martabat jabatan kalau seorang dokter menerima imbalan jasa yang jauh berlebihan besarnya daripada yang lazim, sebab menerima yang berlebih-lebihan itu sedikit banyaknya akan mengurangi wibawa dan kebebasan bertindak dokter tersebut terhadap penderita. Lain halnya dan tidak bertentangan dengan etik, kalau seorang penderita sebagai kenang-kenangan dan tanda terima kasih dengan ikhlas memberikan sesuatu kepada dokternya.

Tidak dibenarkan memberikan sebagian dari imbalan jasa kepada teman sejawatnya yang mengirim penderita buat konsultasi (*"dichotomy"*) atau uang komisi untuk orang yang langsung ataupun tidak, menjadi perantara dalam hubungannya dengan penderita. Misalnya terhadap pengusaha hotel, bidan, perawat dan sebagainya, yang mencarikan penderita (*calo*). Imbalan jasa dokter yang bertugas memelihara kesehatan para karyawan atau pekerja suatu perusahaan dipengaruhi oleh beberapa faktor : banyaknya karyawan dan keluarganya, frekuensi kunjungan kepada perusahaan tersebut dan sebagainya. Tidak jarang pula dokter tidak mengunjungi perusahaan secara berkala, hanya menerima karyawan yang sakit di tempat prakteknya saja imbalan jasa tetap besarnya (*fixum*). Ada yang menurut banyaknya konsultasi, atau suatu kombinasi dari kedua cara tersebut. Imbalan jasa tidak diminta dari :

- a. Korban kecelakaan, pada pertolongan pertama
- b. Teman sejawat termasuk dokter gigi dan apoteker dan keluarganya yang menjadi tanggung jawabnya
- c. Mahasiswa kedokteran, bidan dan perawat.

Selain tersebut di atas, seorang dokter dapat membebaskan imbalan jasa kepada siapapun yang dikehendaknya. Kamar tunggu jangan berlebih-lebihan, boleh disediakan majalah-majalah, akan tetapi tidak perlu dg minuman untuk menarik seperti tukang cukur menyediakan rokok dan sirup. Adalah suatu keinginan yang wajar apabila seorang dokter berusaha untuk hidup layak, tetapi hendaklah tetap menjaga dan mempertahankan martabat dalam menjalankan profesinya.

Pasal 6

“Setiap dokter harus senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan dan menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya”.

Umumnya seorang dokter yang berpraktek tidak berkesempatan menguji khasiat sesuatu obat (baru). Sebab itu lebih aman mempergunakan obat dan cara pengobatan yang telah diakui manfaatnya oleh dunia kedokteran. Tentang berbagai penemuan baru, hendaknya dipelajari lebih dahulu segala pendapat dari pusat ilmu kedokteran tentang segala sifatnya. Hasil penyelidikan sendiri diuji betul kebenarannya sebelum diumumkan dalam majalah kedokteran. Tidak dibenarkan untuk menyiarkan dalam koran atau majalah umum. Kode etik juga melarang mempergunakan usaha dan hasil orang lain tanpa menyebut sumbernya, menyiarkan karangan orang lain seolah-olah pendapat sendiri sangat bertentangan dengan etik pengarang. Dalam hal ini melakukan plagiat dilarang.

Pasal 7

“Seorang dokter hanya memberi keterangan atau pendapat yang dapat dibuktikan kebenarannya”.

Hampir setiap hari kepada seorang dokter diminta keterangan tertulis mengenai bermacam-macam hal antara lain tentang :

1. Cuti sakit
2. Kelahiran dan kematian
3. Cacat
4. Penyakit menular
5. Visum et repertum untuk yustisi
6. Keterangan kesehatan untuk asuransi jiwa
7. Sebagai lampiran lamaran pekerjaan, untuk kawin dan sebagainya.
8. Kwitansi.

Tiap-tiap keterangan harus benar dan dapat dipertanggung jawabkan : tidak jarang yang berkepentingan berusaha mendapat keterangan yang menguntungkan, meskipun tidak didasarkan kebenaran seluruhnya atau sebagian. Seorang dokter harus waspada terhadap kemungkinan "*simulasi*" atau melebih-lebihkan "*aggravas*" pada waktu memberikan keterangan antara lain mengenai cuti sakit dan tingkat cacat seorang pekerja akibat kecelakaan di tempat kerjanya sebab besarnya tunjangan atau pensiun yang akan diberikan kepadanya tergantung keterangan dokter tentang sifat cacatnya.

Kewajiban mengeluarkan surat keterangan mengenai kelahiran, kematian serta sebabnya hendaklah diisi secukupnya menurut keadaan yang sebenarnya, juga dokter juga berkewajiban melaporkan adanya penyakit menular meskipun kadang-kadang pihak keluarga tidak menyukainya.

Kepolisian, Kejaksaan sering meminta *visum et repertum* kepada seorang dokter dalam perkara penganiayaan dan pembunuhan sesuatu

dengan peraturan perundangan yang berlaku, supaya visum dibuat dengan teliti dan mudah dipahami berdasarkan apa yang dilihat.

Selain visum et repertum harus obyektif, tanpa pengaruh dari mereka yang berkepentingan untuk keperluan asuransi jiwa, diperingatkan supaya :

1. Laporan dokter harus obyektif, jangan dipengaruhi oleh keinginan dari agen perusahaan asuransi jiwa yang bersangkutan atau calon yang bersangkutan.
2. Sebaiknya jangan menguji kesehatan seorang calon yang masih atau pernah menjadi penderitanya sendiri, untuk menghindarkan timbulnya kesukaran dalam mempertahankan Rahasia Jabatan.
3. Jangan diberitahukan kepada calon tentang kesimpulan dari hasil pemeriksaan medik. Serahkan hal itu kepada perusahaan asuransi itu sendiri.

Kalau tidak dapat memenuhi segala syarat ilmiah, maka seorang dokter melanggar Etik Kedokteran, jika ia memberikan keterangan tentang kebaikan bahan makanan atau khasiat sesuatu obat. Pemeriksaan dan keterangan mengenai beberapa hal demikian sebaiknya diserahkan kepada Lembaga-Lembaga Pemerintah¹⁶.

L. Gawat Perut

Terminologi abdomen akut (gawat perut) telah banyak diketahui namun sulit untuk didefinisikan secara tepat. Tetapi sebagai acuan adalah kelainan nontraumatik yang timbul mendadak dengan gejala utama di daerah abdomen dan memerlukan tindakan bedah segera.

Banyak kondisi yang dapat menimbulkan abdomen akut. Secara garis besar, keadaan tersebut dapat dikelompokkan dalam lima hal, yaitu :

1. Proses peradangan bakterial-kimiawi
2. Obstruksi mekanis : seperti pada volvulus, hernia, atau perlengketan
3. Neoplasma/tumor : karsinoma, polipus, atau kehamilan ektopik
4. Kelainan vaskuler : emboli, tromboemboli, perforasi, dan fibrosis
5. Kelainan kongenital.

Adapun penyebab abdomen akut tersering adalah :

1. Kelainan traktus gastrointestinal : nyeri non spesifik, apendisitis, obstruksi usus halus dan usus besar, hernia strangulata, perforasi ulkus peptik, perforasi usus, divertikulitis Meckel, sindrom Boerhaave, kelainan inflamasi usus, sindrom Mallory Weiss, gastroenteritis, gastritis akut, adenitis mesenterika.
2. Kelainan pankreas : pankreatitis akut
3. Kelainan traktus urinarius : kolik renal atau ureteral, pielonefritis akut, sistitis akut, infark renal
4. Kelainan hati, limpa, dan traktus biliaris : kolesistitis akut, kolangitis akut, abses hati, ruptur tumor hepar, ruptur spontan limpa, infark limpa, kolik bilier, hepatitis akut
5. Kelainan ginekologi : kehamilan ektopik terganggu, tumor ovarium terpuntir, ruptur kista folikel ovarium, salpingitis akut, dismenorea, endometriosis
6. Kelainan vaskular : ruptur aneurisma aorta dan viseral, iskemia kolitis akut, trombosis mesenterika
7. Kelainan peritoneal : abses intraabdomen, peritonitis primer, peritonitis TBC
8. Kelainan retroperitoneal : perdarahan retroperitoneal

Manifestasi Klinis

Keluhan yang menonjol ialah nyeri perut. Untuk menentukan penyebabnya, kita harus mencari lokasi, jenis awitan dan progresivitas, serta karakter nyeri. Perlu pula dicari gejala lain yang berkaitan dengan nyeri, seperti muntah, konstipasi, diare, dan gejala gastrointestinal yang spesifik. Juga aspek lain yang berkaitan dengan riwayat penyakit, riwayat menstruasi, riwayat pemakaian obat, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat melakukan perjalanan sebelumnya.

Keadaan umum dapat menunjukkan beratnya penyakit. Gejala sistemik biasanya timbul pada kelainan lanjut atau progresif yang berkaitan dengan abdomen akut, misalnya ada demam atau tidak.

Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan dari abdomen akut, tujuan utamanya adalah membuat diagnosis kerja yang dapat membantu kita menentukan sikap apakah perlu dilakukan operasi segera dan bagaimana urgensinya, pada beberapa keadaan diagnosis sering ditegakan setelah perut dibuka.

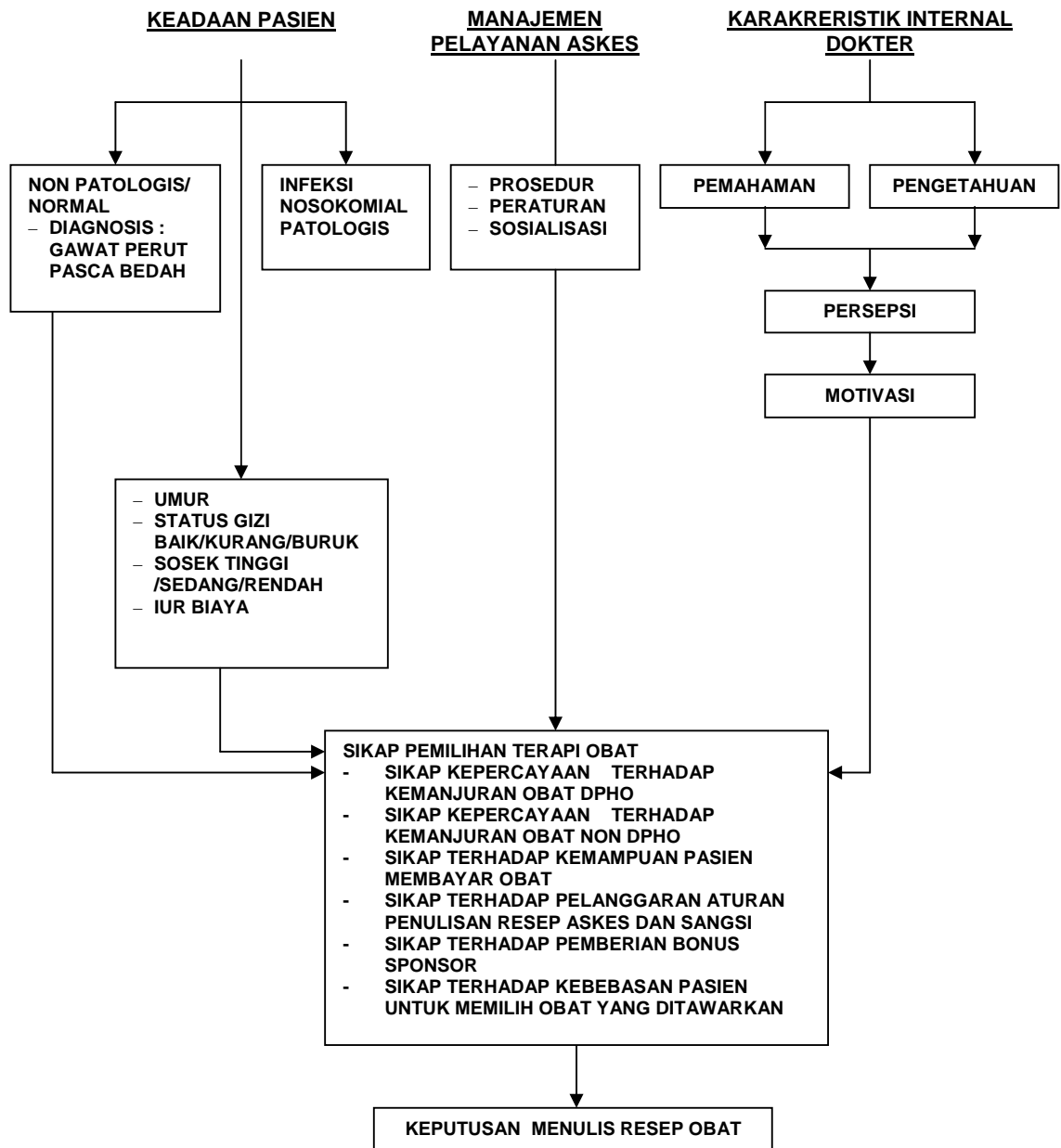
Fenomena patofisiologi dasar yang mengakibatkan status klinis pasien harus diidentifikasi. Apakah penampilan klinis mencurigakan suatu proses obstruksi usus, strangulasi usus, peritonitis, abses intraabdomen, perdarahan intraabdomen atau suatu proses iskemik dari usus. Beberapa fenomena ini sering terjadi bersamaan sebagai contoh adalah proses strangulasi usus.

Persiapan Preoperatif

1. Analgetik narkotik sebaiknya tidak diberikan
2. Antibiotik diindikasikan pada beberapa infeksi atau sebagai profilaksis
3. Selang nasogastrik harus dipasang pada pasien dengan hematemesis atau muntah berulang, kecurigaan akan obstruksi usus, atau paralitik usus yang berat

4. Enema, laksatif, dan katartik jangan diberikan pada pasien konstipasi sampai kemungkinan obstruksi disingkirkan¹⁹

M. KERANGKA TEORI



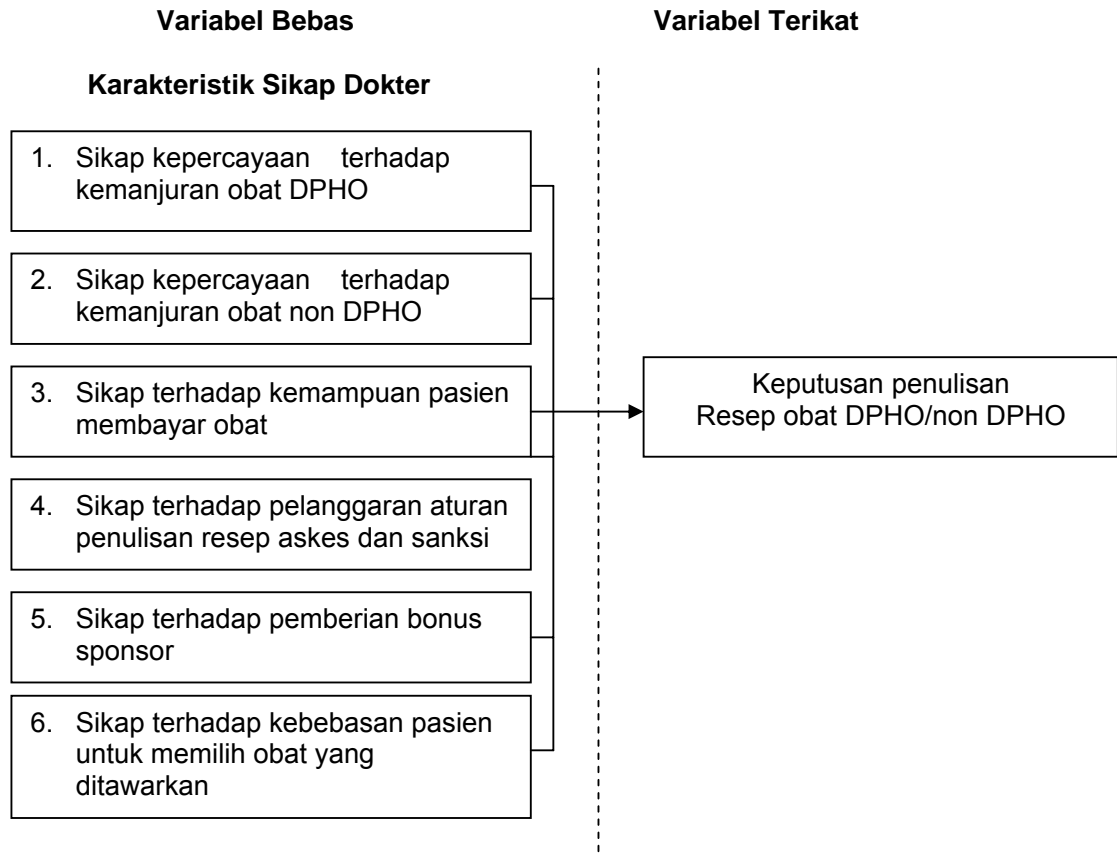
Sumber : Modifikasi dari

1. Stephaen P. Robbins, Perilaku Organisasi
2. Goucher, Total Quality in Health Care

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



B. Variabel Penelitian

Variabel Bebas

1. Sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO
2. Sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO
3. Sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar obat
4. Sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat Askes dan sanksi
5. Sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor
6. Sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan.

Variabel Terikat

1. Keputusan penulisan resep obat

C. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian adalah:

1. Ada hubungan antara sikap kepercayaan dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemanjuran obat DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
2. Ada hubungan antara sikap kepercayaan dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemanjuran obat NON DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
3. Ada hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemampuan pasien membayar obat dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
4. Ada hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pelanggaran aturan penulisan resep Askes dan sanksi dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
5. Ada hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pemberian bonus sponsor dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
6. Ada hubungan antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

D. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Merupakan metode penelitian survei yang bersifat deskriptif analitik, dan akan berusaha menjelaskan suatu keadaan. Metode penelitian survei adalah penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dengan menggunakan kuesioner tertutup sebagai alat pengumpul data. Penelitian ini dilakukan dengan sekali pengamatan pada suatu saat tertentu yang dikenal dengan cara seksional silang atau belah lintang atau penelitian observasional.

Lokasi di Kabupaten Jepara yaitu di sebuah rumah sakit milik pemerintah Kabupaten RSUD RA Kartini. Rumah Sakit tipe B terakreditasi 5 pelayanan dan bersifat swadana.

E. Populasi Dan Sampel Penelitian

1. Unit Analisis

Sebagai unit analisis adalah sikap dokter menulis resep pada pasien gawat perut pasca bedah peserta ASKES RSUD Kartini Jepara Tahun 2005. Dari R/ resep yang ditulis dikumpulkan datanya.

2. Populasi

Populasi yaitu dokter yang melakukan pembedahan perut yang menulis resep untuk pasien gawat perut pasca bedah peserta ASKES selama bulan Januari - Nopember 2005.

3. Sampel

Sampel penelitian menggunakan semua dokter yang melakukan pembedahan gawat perut peserta Askes sejumlah 20 dokter dan sampel resep adalah seluruh R/ yang ditulis oleh dokter yang melakukan pembedahan gawat perut peserta Askes selama bulan Januari sampai dengan bulan Nopember 2005.

a. Kriteria Eksklusi

Kriteria resep pasien gawat perut pasca bedah peserta Askes tahun 2005 yang ditulis dokter, menjadi kriteria eksklusi, yaitu resep obat untuk infeksi nosokomial.

b. Kriteria Inklusi

1) Kriteria dokter yang diinklusi :

Dokter yang berhak melakukan tindakan operasi bedah perut secara mandiri dan atau telah mempunyai brevet bedah umum atau bedah digestiv.

2) Kriteria resep yang diinklusi :

Semua resep pasien Askes yang ditulis dokter dalam rangka mengobati pasien pasca bedah gawat perut.

4. Responden

Responden adalah semua dokter penulis resep sampel dengan total populasi.^{20, 21, 22}

F. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

1. Sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO ialah keyakinan dokter untuk selalu menggunakan obat DPHO untuk mengobati luka operasi bedah gawat perut, dengan pertimbangan : indikasi,efek durasi adekuat,mampu membunuh kuman,mengurangi rasa nyeri.

Jenis obat DPHO dibatasi untuk jenis obat golongan : analgetik,antibiotik.

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Baik : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak baik : $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50 - 75 %), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Baik : total skor \geq Q3

2). Tidak baik : total skor < Q3

Karena terdapat 8 pernyataan, maka rentang nilai : 8 – 32, sehingga kategori : Untuk sikap kepercayaan terhadap kemanjuran obat DPHO .

1). Baik : $X \geq 20$

2). Tidak baik : $X < 20$.

2. Sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO ialah keyakinan dokter untuk selalu menggunakan obat NON DPHO untuk mengobati luka operasi bedah gawat perut, dengan pertimbangan sebagai berikut : indikasi, efek durasi adekuat, mampu membunuh kuman, mengurangi rasa nyeri.

Jenis obat NON DPHO dibatasi untuk jenis obat golongan : analgetik, antibiotik

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Baik : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak baik : $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50 - 75 %), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Baik : total skor \geq Q3

2). Tidak baik : total skor < Q3

Karena terdapat 8 pernyataan, maka rentang nilai : 8 – 32, sehingga kategori : sikap kepercayaan terhadap kemanjuran obat Non DPHO :

1). Baik : $X < 20$

2). Tidak baik : $X \geq 20$.

3. Sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar obat adalah pendapat dokter untuk : mengetahui kekuatan keuangan pasien sebagai bahan pertimbangan bila dokter akan menulis resep obat NON DPHO, sebab penggunaan obat NON DPHO sebagai penyembuh luka bedah gawat perut mengakibatkan pasien menambah/iur biaya yang seharusnya gratis, karena peserta ASKES

serta menerima permintaan pasien terhadap obat yang ternyata NON DPHO serta rela iur biaya.

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Setuju membayar : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak Setuju membayar : $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50 - 75%), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Setuju membayar : total skor $\geq Q3$

2). Tidak Setuju membayar : total skor $< Q3$

Karena terdapat 4 pernyataan, maka rentang nilai 4 – 16, sehingga kategori :

1). Setuju membayar : $X \geq 10$

2). Tidak Setuju membayar : $X < 10$

4. Sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep ASKES dan sanksi adalah merupakan kewajiban dokter sebagai pelayan ASKES untuk tidak menulis resep obat NON DPHO, karena melanggar aturan dan selalu mentaati peraturan penulisan resep obat untuk menggunakan

obat DPHO sesuai SK Direksi PT (persero) Asuransi Kesehatan No. 251 KEP/2002, pelanggaran aturan ini apakah merupakan pelanggaran administrasi yang mempunyai sanksi, ataukah merupakan pelanggaran etika kedokteran, penulisan resep obat adalah hak dokter

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi: $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50-75 %), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi : total skor $\geq Q3$

2). Tidak Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi total : skor < Q3

Karena terdapat lima pernyataan, maka rentang nilai 5 – 20, sehingga kategori :

1). Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi : $X \geq 12,5$

2). Tidak Setuju terhadap pelanggaran aturan dan sanksi : $X < 12,5$

5. Sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor.

Adalah sejumlah finansial, material atau berbagai kemudahan dalam melakukan kegiatan medis yang diberikan oleh perusahaan farmasi setelah dokter menuliskan sejumlah resep obat tertentu, produk dari perusahaan farmasi tersebut. Bagaimana pernyataan dokter terhadap pemberian bonus sponsor serta hubungannya dengan : Jasa dalam manajemen pemasaran, Kode etik kedokteran/hak dan kewajiban dokter, Sumpah dokter

Adapun bonus sponsor dapat berupa : Finansial : uang, Material : barang rumah tangga dan sebagainya, Material : barang rumah tangga dan sebagainya, Kemudahan : transportasi, kegiatan ilmiah dan sebagainya

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Setuju terhadap pemberian bonus : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak Setuju terhadap pemberian bonus : $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50 - 75%), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Setuju terhadap pemberian bonus : total skor $\geq Q3$

2). Tidak Setuju terhadap pemberian bonus : total skor < Q3

Karena terdapat enam pernyataan, maka rentang nilai 6 – 24 sehingga kategori :

1). Setuju terhadap pemberian bonus: $X \geq 15$

2). Tidak Setuju terhadap pemberian bonus : $X < 15$

6. Sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan.

Adalah dokter memberi tahu atau menawarkan obat yang sesuai kebutuhan pasien pasca bedah gawat perut, dengan rincian : Jenis dan nama obat sebanyak banyaknya, menjelaskan indikasi, kontra indikasi dan efek sampingnya, penggunaan obat DPHO/NON DPHO dan hubungannya dengan iur biaya, pemakaian obat yang rasional dan murah.

Pengukuran menggunakan skala ordinal dengan melalui kuesioner yang terstruktur tertutup. Dokter sebagai responden mengisi kuesioner dan menjawab sesuai keputusannya tentang pernyataan yang tertulis dalam kolom-kolom kuesioner. Jawaban dari pernyataan tertuang dalam empat skala yaitu : sangat setuju, yang diberi skor 4, setuju, yang diberi skor 3, kurang setuju, yang diberi skor 2, tidak setuju, yang diberi skor 1.

Selanjutnya untuk analisis, digolongkan dalam dua kategori berdasarkan gambaran univariatnya, yaitu :

a. Bila distribusi normal :

1). Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan : $X \geq \bar{x}$

2). Tidak Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan: $X < \bar{x}$

b. Bila distribusi tidak normal :

Menggunakan titik kuartil Q1 (nilai < 25%), Q2 (nilai 25% - 50%), Q3 (nilai 50 - 75%), Q4 (nilai > 75%). Kategorinya adalah :

1). Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan: total skor \geq Q3

2). Tidak Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan: total skor < Q3

Karena terdapat lima pernyataan maka rentang nilai 5 – 20, sehingga kategori :

1) Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan: $X \geq 12,5$

2). Tidak Setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan: $X < 12,5$

7. Keputusan penulisan resep obat DPHO /NON DPHO

Adalah memilih dalam suatu pemilihan yang diantaranya banyak alternatif misalnya bermacam jenis obat baik yang sesuai dengan DPHO maupun Non DPHO. Sesuai SK Direksi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia No. 251 KEP/2002, bagi peserta ASKES mendapatkan pelayanan jenis dan nama obat seperti yang tertulis dalam DPHO. Maka keputusan dokter untuk menulis resep obat DPHO adalah merupakan kepatuhan terhadap SK Direksi PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, sedangkan bila dokter menuliskan resep obat Non DPHO berarti tidak patuh. Skala pengukuran adalah nominal. Cara pengukuran dengan melakukan penghitungan pada semua R/ resep dokter bagi pasien pasca bedah Gawat perut yang ditulis dengan resep obat DPHO selama bulan Januari sampai dengan bulan Nopember

2005. Dengan melalui perhitungan persentase dari rata-rata penulisan R/ resep sampel, digolongkan dalam dua kategori dengan kriteria :

- 1). Kategori patuh : $X \geq \bar{x}$
- 2). Kategori tidak patuh : $X < \bar{x}$ ^{22, 23}

G. Alat dan Cara Pengumpulan Data

Untuk memilih data obat DPHO atau NON DPHO ditentukan dengan membaca resep dokter pasien pasca bedah gawat perut dan disesuaikan jenis obatnya dengan SK Direksi PT ASKES No. 251/KEP1202, sehingga langkah penelitian sebagai berikut :

- a. Mengumpulkan, melihat dan membaca resep dokter untuk pasien gawat perut pasca bedah peserta ASKES RSUD RA Kartini tahun 2005.
- b. Dari penulisan resep di atas, dipilih R/ untuk obat DPHO dan NON DPHO untuk jenis anti biotik dan analgetik berdasarkan pedoman PT ASKES Edisi XXIV Tahun 2005, dari masing-masing sampel (dokter penulis resep).
- c. Menentukan jumlah R/ untuk jenis antibiotik dan analgetika obat DPHO maupun NON DPHO dari masing-masing dokter penulis resep pasien Askes pasca bedah gawat perut.
- d. Melakukan pengumpulan data dengan alat kuesioner tertutup untuk mengukur variabel bebas sebagai data primer.

Jenis data primer kuantitatif meliputi :

1. Identitas responden
2. Sikap dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO
3. Sikap dokter terhadap kemanjuran obat DPHO
4. Sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar obat NON DPHO.

5. Sikap dokter terhadap pelanggaran penulisan resep obat DPHO
6. Sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor
7. Sikap dokter terhadap kebebasan pasien memilih obat DPHO/NON DPHO.

Jenis data sekunder kuantitatif meliputi :

1. Jumlah resep obat NON DPHO
2. Jumlah resep obat DPHO
3. Gambaran umum RSUD Kartini Jepara

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti.

H. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Jadi validitas ingin mengukur apakah pertanyaan dalam kuesioner yang sudah peneliti susun betul-betul dapat mengukur apa yang hendak diukur.

Pengukuran tingkat validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor butir pertanyaan dengan total skor konstruk atau variabel. Dalam hal ini, melakukan korelasi masing masing skor pertanyaan dengan total skor.

Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan nilai r tabel. Untuk *degree of freedom* (df) = $n - k$, dalam hal ini n adalah jumlah sampel dan k adalah jumlah konstruk. Jika r hitung (untuk r tiap butir dapat dilihat pada kolom *corrected item - total correlation* > dari r tabel dan nilai r positif), maka butir atau pertanyaan tersebut dikatakan valid atau nilai *corrected item - total correlation* lebih besar dari 0,41.

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Reliabilitas sebenarnya adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel/handal jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu.

Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab secara konsisten atau tidak boleh acak oleh karena masing-masing pertanyaan hendak diukur hal sama.

Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara one shot atau pengukuran sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan. Program komputer memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas dengan uji statistik *cronbach alpha*. Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* $> 0,60$.

Uji coba (*try out*) kuesioner untuk uji validitas dan reabilitas dilakukan di Rumah Sakit yang tidak diteliti tetapi mempunyai kondisi yang hampir sama yaitu Rumah Sakit Umum Kelet Jepara dengan harapan distribusi skornya akan mendekati normal. Tujuan uji coba ini adalah untuk menghindari pertanyaan-pertanyaan yang sulit dimengerti ataupun kekurangan/kelebihan dari materi kuesioner itu sendiri serta untuk menguji validitas dan reabilitas kuesioner^{24, 25}.

I. Teknik Pengolahan Data

Adapun pengolahan data dilakukan sebagai berikut :

1. "*Editing*" : Yaitu setelah data terkumpul dilakukan penyuntingan data dengan tujuan meneliti kembali kelengkapan pengisian,

keterbacaan tulisan, kejelasan makna jawaban, keajekan dan kesesuaian jawaban satu sama lainnya, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

2. *"Clearing"* :Yaitu dilanjutkan pembersihan data guna menghindari banyaknya data yang tidak diperlukan.
3. *"Coding"* : Yaitu pemberian kode agar mudah untuk memasukkan data dalam komputer.
4. *"Skoring"* : Yaitu memberi skor pada tiap jawaban butir sub variabel :
tidak setuju : 1, kurang setuju: 2, setuju : 3, sangat setuju: 4
5. *"Entry"* data : Yaitu memasukkan data setelah melalui proses di atas dan siap untuk dilakukan pengolahan data. Pengolahan data melalui program SPSS versi 10,0.

J. Analisis data

1. Analisis Univariat.

Dilakukan pada setiap variabel yang terdapat pada instrumen penelitian yang meliputi variabel sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO dan NON DPHO, sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar obat, sikap dokter terhadap pelanggaran aturan dan sangsi, sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor dan sikap terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan, dengan perhitungan berupa distribusi tabel frekuensi berdasar semua variabel, ukuran tendensi sentral, perhitungan rerata, proporsi, persentase serta pembahasan tentang variabel yang diamati.

2. Analisis Bivariat :

Dilakukan untuk analisis data dua variabel yang bertujuan mencari kemaknaan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat untuk masing-masing data variabel dengan *crosstab* (tabulasi silang).

Hubungan antara variabel bebas dengan skala ordinal terhadap variabel terikat berskala nominal, dianalisis dengan uji Fiseher's Exact Test untuk mendapatkan hubungan bermakna. Selanjutnya dua variabel bebas yang mempunyai hubungan bermakna dengan variabel terikat dimasukkan dalam analisis multivariat, sedangkan variabel yang tidak bermakna dalam hubungan tersebut tidak akan digunakan untuk analisis multivariat.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

E. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan mulai tanggal 5 Oktober 2005 sampai dengan tanggal 20 Nopember 2005, bertempat di RSUD RA Kartini Jepara. Sebuah rumah sakit milik pemerintah kabupaten Jepara dengan status pelayanan tipe B non Pendidikan berdasarkan SK MENKES nomor 499/MENKES/SK/III/2000.

Dengan sendirinya penelitian ini bukan tanpa faktor hambatan yang menjadi kelemahan penelitian meskipun memiliki faktor pendukung yang juga merupakan kekuatan penelitian.

1. Kelemahan penelitian

Adapun kelemahan penelitian ini meliputi beberapa hal dibawah ini :

- a. Penelitian dilakukan melalui metode belah lintang yang berlangsung hanya dalam waktu 1½ bulan.
- b. Jumlah sampel tidak banyak (20 sampel), untuk metode kuantitatif, karena terbatasnya jumlah dokter spesialis.
- c. Sangat tergantung banyaknya resep, sedang banyaknya resep tergantung kejadian sakit pada saat itu.

2. Kekuatan Penelitian

Berbagai faktor pendukung yang merupakan kekuatan penelitian ini yaitu :

- a. Telah melewati uji validitas dan uji realibilitas kuesioner.
- b. Pengumpul data adalah peneliti sendiri yang merupakan tenaga medis, responden yang dokter spesialis bedah dan dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan sudah dikenal oleh peneliti

sehingga bersifat terbuka terhadap pemberian pernyataan-pernyataan.

F. Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

Uji validitas dan uji reabilitas dilakukan di RSUD Kelet Jepara, yaitu RSUD Milik pemerintah provinsi Jawa Tengah. RSUD ini juga memiliki ruang operasi dan dokter spesialis bedah serta kebidanan dan penyakit kandungan. Kuesioner yang diujicoba meliputi kuesioner variabel :

7. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO
8. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO
9. Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membayar Obat
10. Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran aturan penulisan resep obat Askes
11. Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor
12. Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien untuk Memilih Obat yang Ditawarkan.

1. Hasil Uji Validitas Kuesioner :

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan analisis butir (item) yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor konstruk (*construct*) dan total skor seluruh item.

Butir-butir pertanyaan pada kuesioner dinyatakan valid apabila pada bagian *corrected item – total corellation* masing-masing indikator mempunyai koefisien korelasi diatas 0,41.

Tabel 4.1 Nilai Uji Validitas Karakteristik Sikap Dokter

No	Butir Pertanyaan	<i>Nilai Corrected Item – Total Corellation</i>	Keterangan
1	Kemanjuran obat DPHO 1	0,6061	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 2	0,8652	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 3	0,4854	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 4	0,7766	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 5	0,8652	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 6	0,7766	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 7	0,4818	Valid
	Kemanjuran obat DPHO 8	0,4883	Valid
2	Kemanjuran obat NON DPHO 1	0.8654	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 2	0.7405	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 3	0.5084	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 4	0.8165	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 5	0.7412	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 6	0.6618	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 7	0.7817	Valid
	Kemanjuran obat NON DPHO 8	0.6519	Valid
3	Kemampuan pasien 1	0.6530	Valid
	Kemampuan pasien 2	0.5424	Valid
	Kemampuan pasien 3	0.7690	Valid
	Kemampuan pasien 4	0.5719	Valid
4	Pelanggaran aturan 1	0.5054	Valid
	Pelanggaran aturan 2	0.6540	Valid
	Pelanggaran aturan 3	0.7644	Valid
	Pelanggaran aturan 4	0.5110	Valid
	Pelanggaran aturan 5	0.5333	Valid
5	Pemberian bonus 1	0.4681	Valid
	Pemberian bonus 2	0.7272	Valid
	Pemberian bonus 3	0.6409	Valid
	Pemberian bonus 4	0.5026	Valid
	Pemberian bonus 5	0.6125	Valid
	Pemberian bonus 6	0.5026	Valid
6	Kebebasan pasien 1	0.4905	Valid
	Kebebasan pasien 2	0.8582	Valid
	Kebebasan pasien 3	0.4605	Valid
	Kebebasan pasien 4	0.6102	Valid
	Kebebasan pasien 5	0.5652	Valid

Dalam tabel 4.1 diatas didapatkan bahwa semua item butir pertanyaan dalam kuesioner adalah valid karena nilai *corrected item – total corellation* di atas 0,41.

2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan metode *internal consistency*, yaitu metode untuk melihat sejauh mana konsistensi tanggapan responden terhadap item-item pertanyaan. Dalam penelitian ini pengukuran konsistensi tanggapan responden menggunakan *coefficient alpha cronbach*.

Secara umum realibilitas dari variabel sebuah kuesioner dikatakan cukup baik apabila memiliki *coefficient alpha* lebih dari 0,60. Uji reliabilitas dengan menggunakan *coefficient alpha* memberi hasil sesuai tabel 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2. Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner dengan Menggunakan Rumus (Alpha).

No	Variabel	<i>Cronbach Alpha</i>	Keterangan
1	Kemanjuran obat DPHO	0.8548	Reliabel
2	Kemanjuran obat NON DPHO	1.0000	Reliabel
3	Kemampuan pasien membayar obat	0.7401	Reliabel
4	Pelanggaran aturan resep obat Askes dan sangsi	0.6624	Reliabel
5	Pemberian bonus sponsor	0.7192	Reliabel
6	Kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan	0.6625	Reliabel

G. HASIL PENELITIAN

1. Gambaran umum RSUD RA Kartini Jepara

RSUD RA Kartini adalah unit organisasi pemerintah Kabupaten Jepara yang mempunyai tugas pokok melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi terpadu dengan upaya peningkatan serta penegakan diagnosa dan melaksanakan upaya rujukan sesuai dengan visi rumah sakit “ Terwujudnya Rumah Sakit Yang Bersih Berwawasan Lingkungan Sebagai Pusat Rujukan Dengan memberikan Pelayanan Prima Menuju Jepara Sehat 2010 “.

RSUD RA. Kartini merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten yang berdasarkan pasal 2 Peraturan Pemerintah Kabupaten Jepara no 6 tahun 2000, bertanggungjawab secara fungsional kepada Kepala Dinas Kesehatan dan secara administratif kepada Bupati.

RSUD RA. Kartini merupakan unit swadana yaitu rumah sakit yang diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung. Penetapan unit swadana ini menurut Peraturan Pemerintah Daerah Kabupaten Jepara no 16 tahun 1999 adalah dalam rangka peningkatan kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsi RSUD RA. Kartini, dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan satuan kerja daerah lainnya.

RSUD RA. Kartini Jepara merupakan rumah sakit umum kelas B Non Pendidikan, memberikan 12 fasilitas pelayanan medis spesialis meliputi : penyakit dalam, pelayanan penyakit bedah, pelayanan penyakit anak, pelayanan penyakit kandungan dan kebidanan, pelayanan penyakit mata, pelayanan penyakit THT, pelayanan penyakit saraf, pelayanan penyakit kulit dan kelamin , pelayanan penyakit jiwa, pelayanan radiologi, pelayanan petologi klinik, pelayanan anestesi.

Sedang situasi RSUD RA. Kartini sebagai berikut :

1. Lingkungan ; Luas lahan 3,381 Ha, Luas bangunan 7.259, 05 m²,
dan Jumlah tempat tidur 217 TT

2. Sumber daya manusia

Tabel 4.3 Jumlah tenaga di RSUD RA Kartini Jepara tahun 2005

No.	JENIS TENAGA	JUMLAH
-----	--------------	--------

1.	Dokter spesialis tetap	16
2.	Dokter PPDS I Bedah	8
3.	Dokter PPDS I Kebidanan	7
4.	Dokter umum	16
5.	Dokter Gigi	2
6.	Paramedis perawatan	141
7.	Bidan	14
8.	Paramedis non perawatan	12
9.	Non medis	189
	Total	405

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini Tahun 2005

3. Jumlah layanan pasien Askes rawat inap untuk pasien bedah gawat perut terdapat dalam tabel di bawah ini.

Tabel 4.4 Layanan Bedah Pasien Askes Rawat Inap di RSUD R.A. Kartini Jepara tahun 2005

No	Jenis	Jumlah Layanan Bedah				Jumlah Pasien
		Non gawat		Gawat		
		Non oper.	Ope rasi	Non op.	Ope rasi	
1	Bedah Kepala	6	-	10	-	16
2	Bedah Thorax	5	-	6	-	11
3	Bedah Perut	52	88	48	210	398
4	Bedah Tulang	15	8	21	24	68
5	Bedah Urogenital	16	11	18	12	57
6	Bedah Kebidanan	98	86	93	51	328
7	Bedah THT	1	14	12	3	30
8	Bedah Mata	2	15	1	3	21
J u m l a h						919

Sumber : Data Profil Pelayanan RSUD RA Kartini Tahun 2005.

2. Gambaran Khusus Responden

1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 4.5 di bawah ini terlihat bahwa jumlah responden yang berjenis kelamin laki-laki sejumlah 18 orang (90%) dan yang berjenis kelamin perempuan 2 orang (10%).

Tabel 4.5 Distribusi Frekwensi Responden Menurut Jenis Kelamin di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

Jenis Kelamin	n	%
Pria	18	90
Wanita	2	10
Jumlah	20	100

2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur

Berdasarkan tabel 4.6 Dibawah ini terlihat bahwa tampak paling banyak, 10 orang (50%) untuk umur sampai dengan 35 tahun. Paling sedikit jumlah responden dengan umur 41 tahun sampai dengan umur 50 tahun yaitu 3 orang dokter.

Tabel 4.6 Distribusi Responden Menurut kelompok Umur di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

Kelompok Umur (tahun)	n	%
– 35	10	50
36 – 40	5	25
41 – 45	1	5
46 – 50	1	5
51 – 55	3	15
JUMLAH	20	100

3. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

Dari tabel 4.7 diketahui responden dengan masa kerja sampai 5 tahun berjumlah 8 orang (40%), responden dengan masa kerja 6 sampai dengan 10 tahun berjumlah 6 orang (30%), responden dengan masa kerja 11 sampai dengan 15 tahun berjumlah 3 orang (15%), dan masa kerja 16 sampai dengan 20 tahun sejumlah 3 orang (15%).

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Masa Kerja di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

Masa Kerja (tahun)	n	%
0 – 5	8	40
6 – 10	6	30
11 – 15	3	15
16 – 20	3	15
JUMLAH	20	100

D. Analisis Univariat Variabel Penelitian

1. Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemanjuran Obat DPHO .

Tabel 4.8 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemanjuran obat DPHO di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

Sikap Dokter	n	%
Baik	2	10
Tidak Baik	18	90
Jumlah	20	100

Pada tabel 4.8 dapat dilihat distribusi frekwensi dokter dengan kasus pasca bedah gawat perut di RSUD RA Kartini Jepara tentang Sikap dokter terhadap kepercayaan kemanjuran obat DPHO, yang bersikap baik berarti setuju terhadap kemanjuran obat DPHO sebanyak 2 dokter (10%) , yang bersikap tidak baik berarti tidak setuju terhadap kemanjuran obat DPHO sebanyak 18 dokter (90%).

Tabel 4.9. Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemanjuran Obat DPHO di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

N o	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Kura ng Setuj u	Tidak Setuju	Jumlah
1	Obat DPHO manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi	0	17 (85%)	3 (15%)	0	20 (100%)
2	Obat DPHO bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah.	0	2 (10%)	18 (90%)	0	20 (100%)
3	Obat DPHO jenis antibiotika mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah	0	2 (10%)	18 (90%)	0	20 (100%)
4	Obat DPHO mempunyai efek durasi yang adekuat	0	2 (10%)	18 (90%)	0	20 (100%)
5	Obat DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah	0	1 (5%)	19 (95%)	0	20 (100%)
6	Obat DPHO jenis analgetika mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat	0	2 (10%)	18 (90%)	0	20 (100%)
7	Obat DPHO jenis analgetik mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama	0	1 (5%)	19 (95%)	0	20 (100%)
8	Pemilihan nama obat dalam DPHO telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya	0	5 (25%)	15 (75%)	0	20 (100%)

Dari Tabel 4.9 di atas maka dapat diketahui bahwa jawaban responden dengan kasus pasca bedah gawat perut di RSUD Kartini Jepara tentang sikap dokter terhadap kepercayaan kemanjuran obat DPHO, yang setuju obat DPHO manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi sebanyak 17 responden (85%) dan pemilihan nama telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya sebanyak 5 responden (25%), bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah sebanyak 2 responden (10%), mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah sebanyak 2 responden (10%) , mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat juga sebanyak 2 responden (10%), mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama sebanyak 1 responden (5%). Sedangkan jawaban kurang setuju bahwa obat

DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah sebanyak 19 responden (95%) , mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama juga sebanyak 19 responden (95%) , bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah sebanyak 18 responden (90%) , mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah sebanyak 18 responden (90%) , mempunyai efek durasi yang adekuat sebanyak 18 responden (90%), mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat sebanyak 18 responden (90%) , pemilihan nama telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya sebanyak 15 responden (75%), manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi sebanyak 3 responden (15%),

2. Sikap Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO

Tabel 4.10 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kepercayaan Kemanjuran Obat Non DPHO di RSUD R.A Kartini Jepara Tahun 2005.

Sikap Dokter	n	%
Baik	0	0
Tidak Baik	20	100
Jumlah	20	100

Pada tabel 4.10 di atas dapat dilihat bahwa dari 20 responden yang percaya terhadap kemanjuran obat Non DPHO, ternyata yang bersikap tidak baik adalah 100% dan tidak ada yang bersikap baik (0%).

Tabel 4.11. Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO Di RSUD R.A Kartini Tahun 2005

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju	Jumlah
1	Obat NON DPHO manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
2	Obat NON DPHO bekerja	12	8	0	0	20

	cepat dalam penyembuhan luka bedah.	(60%)	(40%)			(100%)
3	Obat NON DPHO jenis antibiotika mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
4	Obat NON DPHO mempunyai efek durasi yang adekuat	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
5	Obat NON DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
6	Obat NON DPHO jenis analgetika mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
7	Obat NON DPHO jenis analgetik mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)
8	Pemilihan nama obat dalam NON DPHO telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya	12 (60%)	8 (40%)	0	0	20 (100%)

Pada tabel 4.11 diatas dapat diketahui jawaban responden tentang sikap dokter terhadap kepercayaan kemanjuran obat Non DPHO. Adapun yang sangat setuju terhadap kemanjuran obat Non DPHO untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi sebanyak 12 dokter (60%), bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah sebanyak 12 dokter (60%), mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah sebanyak 12 dokter (60%), mempunyai efek durasi yang adekuat sebanyak 12 dokter (60%), mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah sebanyak 12 dokter (60%), mampu mengurangi rasa nyeri dengan cepat sebanyak 12 dokter (60%), mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama sebanyak 12 dokter (60%), telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya sebanyak 12 dokter (60%), Sedangkan jawaban setuju terhadap kemanjuran obat Non DPHO untuk pasien pasca bedah perut

yang tanpa komplikasi sebanyak 8 dokter (40%), bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah sebanyak 8 dokter (40%), mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah sebanyak 8 dokter (40%), mempunyai efek durasi yang adekuat sebanyak 8 dokter (40%), mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah sebanyak 8 dokter (40%), mampu mengurangi rasa nyeri dengan cepat sebanyak 8 dokter (40%), mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama sebanyak 8 dokter (40%), telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya sebanyak 8 dokter (40%),

3. Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membayar Obat/lur Biaya

Tabel 4.12 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien untuk Membeli obat/ iur biaya Di RSUD RA Kartini Tahun2005.

Sikap Dokter	n	%
Setuju membayar	12	60
Tidak Setuju Membayar	8	40
Jumlah	20	100

Dari tabel 4.12 diatas dapat dilihat bahwa sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar iur biaya yang setuju membayar sebanyak 12 responden (60%), yang tidak setuju membayar 8 responden (40%).

Tabel 4.13. Distribusi Jawab Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membayar Obat/lur Biaya Di RSUD RA Kartini Tahun 2005

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju	Jumlah
1	Penulisan resep obat NON DPHO untuk pasien Askes melalui pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar obat.	0	9 (45%)	6 (30%)	5 (25%)	20 (100%)
2	Dalam penulisan resep obat NON DPHO, pasien diberi penjelasan tentang harga obat.	1 (5%)	11 (55%)	4 (20%)	4 (20%)	20 (100%)
3	Dokter menulis obat yang	12	8	0	0	20

	terbaik dalam resep pasien Askes sesuai kebutuhan penyakit, bukan disesuaikan kemampuan pasien membayar obat.	(60%)	(40%)			(100%)
4	Dokter menulis resep obat NON DPHO berdasarkan persetujuan pasien.	0	8 (40%)	4 (20%)	8 (40%)	20 (100%)

Pada tabel 4.13 diatas dapat dilihat bahwa jawaban responden tentang sikap dokter terhadap kemampuan pasien untuk membeli obat/iur biaya. Adapun yang sangat setuju pada pernyataan dokter menulis obat yang terbaik dalam resep pasien Askes sesuai kebutuhan penyakit, bukan disesuaikan kemampuan pasien membayar obat sebanyak 12 (60%), dalam penulisan resep obat Non DPHO pasien diberi penjelasan tentang harga obat sebanyak 1 (5%), yang setuju dalam penulisan resep obat Non DPHO pasien diberi penjelasan tentang harga obat yang setuju 11 (55%) , penulisan resep obat Non DPHO pasien Askes melalui pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar obat sebanyak 9 (45%) , pada pernyataan dokter menulis obat yang terbaik dalam resep pasien Askes sesuai kebutuhan penyakit, bukan disesuaikan kemampuan pasien membayar obat sebanyak 8 (40%), dan menulis resep obat NON DPHO berdasarkan persetujuan pasien sebanyak 8 (40%), Sedangkan yang kurang setuju terhadap penulisan resep obat Non DPHO untuk pasien Askes melalui pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar obat sebanyak 6 (30%), penulisan resep obat NON DPHO, pasien diberi penjelasan tentang harga obat sebanyak 4 (20%), dokter menulis resep obat NON DPHO berdasarkan persetujuan pasien sebanyak 4 (20%). Sedangkan yang tidak setuju dokter menulis resep obat Non DPHO berdasarkan persetujuan pasien sebanyak 8 (40%), penulisan resep obat NON

DPHO untuk pasien Askes melalui pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar obat sebanyak 5 (40%),

4. Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat Askes dan Sanksi

Tabel 4.14 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat Askes dan Sanksi Di RSUD Kartini Tahun 2005

Sikap	n	%
Setuju terhadap pelanggaran	12	60
Tidak setuju terhadap pelanggaran	8	40
Jumlah	20	100

Dari tabel 4.14 di atas dapat dilihat bahwa dari 20 responden ternyata yang setuju terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat Askes dan sanksi di RSUD Kartini Jepara sebanyak 12 (60%), yang tidak setuju sebesar 8 (40%).

Tabel 4.15 Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat Askes dan Sanksi Di RSUD Kartini 2005

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju	Jumlah
1	Dokter boleh melanggar aturan penulisan resep obat Askes, karena menulis resep adalah hak dokter.	10 (50%)	10 (50%)	0	0	20 (100%)
2	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena alasan tidak manjur.	9 (45%)	11 (55%)	0	0	20 (100%)
3	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak ada sanksi pelanggaran.	9 (45%)	11 (55%)	0	0	20 (100%)
4	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan obat Askes karena proses sosialisasi penggunaan obat DPHO peserta Askes tidak jelas..	0	1 (5%)	3 (15%)	16 (80%)	20 (100%)

5	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial.	0	1 (5%)	7 (35%)	12 (60%)	20 (100%)
---	--	---	-----------	------------	-------------	--------------

Pada tabel 4.15 di atas dapat diketahui jawaban responden tentang sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat askes dan sanksi di RSUD RA Kartini Jepara 2005 yang sangat setuju dokter boleh melanggar aturan penulisan resep obat askes, karena menulis resep adalah hak dokter sebanyak 10 (50%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena alasan tidak manjur sebanyak 9 (45%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak ada sanksi pelanggaran sebanyak 9 (45%). Dan yang setuju dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat askes karena alasan tidak manjur sebanyak 11 (55%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak ada sanksi pelanggaran sebanyak 11 (55%), dokter boleh melanggar aturan penulisan resep obat Askes, karena menulis resep adalah hak dokter sebanyak 10 (50%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan obat Askes karena proses sosialisasi penggunaan obat DPHO peserta Askes tidak jelas sebanyak 1 (5%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial sebanyak 1 (5%). Sedangkan yang kurang setuju dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial sebanyak 7 (35%), Dokter boleh tidak mematuhi penulisan obat Askes karena proses sosialisasi penggunaan obat DPHO peserta Askes tidak jelas sebanyak 3 (15%). Dan yang tidak setuju dokter boleh tidak mematuhi penulisan obat Askes karena proses sosialisasi penggunaan obat DPHO peserta Askes tidak jelas sebanyak

16 (80%), dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial sebanyak 12 (60%).

5. Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor

Tabel 4.16 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor Di RSUD RA Kartini 2005

No	Sikap	n	%
1	Setuju terhadap pemberian bonus	19	95
2	Tidak setuju terhadap pemberian bonus	1	5
	Jumlah	20	100

Dari tabel 4.16 di atas dapat dilihat bahwa dari 20 responden, ternyata 19 orang (95%) setuju terhadap pemberian bonus dan 1 orang (5%) tidak setuju terhadap pemberian bonus.

Tabel 4.17 Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor Di RSUD RA Kartini 2005

No	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju	Setuju
1	Bonus penulisan resep bermakna bagi kesejahteraan dokter.	15 (75%)	5 (25%)	0	0	20 (100%)
2	Adalah hak dokter untuk mendapatkan bonus dari kewajiban penulisan resep.	15 (75%)	5 (25%)	0	0	20 (100%)
3	Dalam menulis resep NON DPHO, dokter tanpa memikirkan bonus.	2 (10%)	3 (15%)	12 (60%)	3 (15%)	20 (100%)
4	Semakin sering menulis obat NON DPHO dalam resep Askes semakin besar bonusnya.	5 (25%)	14 (70%)	1 (5%)	0	20 (100%)
5	Bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa material dan finansial.	1 (5%)	1 (5%)	7 (35%)	11 (55%)	20 (100%)
6	Bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa kemudahan dalam mengikuti kegiatan ilmiah kedokteran.	19 (95%)	1 (5%)	0	0	20 (100%)

Pada tabel 4.17 di atas dapat diketahui jawaban responden tentang sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor di RSUD RA Kartini Jepara 2005 . Adapun yang menjawab sangat setuju bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa kemudahan dalam mengikuti kegiatan ilmiah kedokteran sebanyak 19 (95%), bonus penulisan resep bermakna bagi kesejahteraan dokter sebanyak 15 (75%), adalah hak dokter untuk mendapatkan bonus dari kewajiban penulisan resep sebanyak 15 (75%), semakin sering menulis obat NON DPHO dalam resep Askes dalam semakin besar bonusnya sebanyak 5 (25%), bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa material dan finansial sebanyak 1 (5%). Sedangkan yang setuju semakin sering menulis obat Non DPHO dalam resep askes semakin besar bonusnya sebanyak 14 (10%), bonus penulisan resep bermakna bagi kesejahteraan dokter sebanyak 5 (5%), adalah hak dokter untuk mendapatkan bonus dari kewajiban penulisan resep sebanyak 5 (25%), dalam menulis resep NON DPHO, dokter tanpa memikirkan bonus sebanyak 3 (15%), bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa material dan finansial sebanyak 1 (5%), bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa kemudahan dalam mengikuti kegiatan ilmiah kedokteran sebanyak 1 (5%), Adapun yang kurang setuju dalam menulis resep Non DPHO dokter tanpa memikirkan bonus sebanyak 12 dokter (60%), bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa material dan finansial sebanyak 7 (35%), semakin sering menulis obat Non DPHO dalam resep askes semakin besar bonusnya sebanyak 1 (5%), Sedangkan yang tidak setuju bonus penulisan resep obat Non DPHO berupa metrial

dan finansial sebanyak 11 (55%), dalam menulis resep NON DPHO, dokter tanpa memikirkan bonus sebanyak 3 (15%).

6. Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien untuk Memilih Obat yang Ditawarkan Di RSUD Kartini 2005.

Tabel 4.18 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien Untuk Memilih Obat yang Ditawarkan Di RSUD Kartini 2005

Sikap	n	%
Setuju terhadap kebebasan untuk memilih	17	85
Tidak setuju terhadap kebebasan untuk memilih	3	15
Jumlah	20	100

Pada tabel 4.18 diatas dapat dilihat bahwa dari 20 responden yang setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan sebanyak 17 (85%) sedangkan yang tidak setuju kebebasan pasien untuk memilih sebanyak 3 (15%).

Tabel 4.19 Distribusi Jawaban Responden Tentang Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien Untuk Memilih Obat yang Ditawarkan Di RSUD Kartini 2005.

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju	Jumlah
1	Pasien Askes diberi kesempatan memilih obat yang terbaik baginya.	3 (15%)	12 (60%)	2 (10%)	3 (15%)	20 (100%)
2	Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis.	1 (5%)	7 (35%)	6 (30%)	6 (30%)	20 (100%)
3	Jenis obat dalam DPHO merupakan penawaran pengelola Askes terhadap pasien Askes..	2 (10%)	17 (85%)	1 (5%)	0	20 (100%)
4	Pasien Askes perlu tahu tentang efek obat yang ditawarkan dokter.	3 (15%)	17 (85%)	0	0	20 (100%)
5	Dokter yang menawarkan jenis obat, pasien Askes yang	2 (10%)	18 (90%)	0	0	20 (100%)

	memilih jenis obatnya.					
--	------------------------	--	--	--	--	--

Pada tabel 4.19 diatas dapat diketahui jawaban responden tentang sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan di RSUD RA Kartini Jepara 2005 yang menjawab sangat setuju Pasien Askes diberi kesempatan memilih obat yang terbaik baginya 3 (15%), .pasien Askes perlu tahu tentang efek obat yang ditawarkan dokter sebanyak 3 dokter (15%), Jenis obat dalam DPHO merupakan penawaran pengelola Askes terhadap pasien Askes 2 (10%) , Dokter yang menawarkan jenis obat, pasien Askes yang memilih jenis obatnya 2 (10%) , Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis 1 (5%) .yang menjawab setuju dokter yang menawarkan jenis obat pasien askes yang memilih jenis obatnya sebanyak 18 dokter (90%), Jenis obat dalam DPHO merupakan penawaran pengelola Askes terhadap pasien Askes 17 (85%), Pasien Askes perlu tahu tentang efek obat yang ditawarkan dokter 17 (85%), Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis 7 (35%) .yang menjawab kurang setuju Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis 6 (30%), Pasien Askes diberi kesempatan memilih obat yang terbaik baginya 2 (10%), Jenis obat dalam DPHO merupakan penawaran pengelola Askes terhadap pasien Askes 1 (5%), yang menjawab tidak setuju Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis 6 (30%), Pasien Askes diberi kesempatan memilih obat yang terbaik baginya.3 (15%).

7. Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO

Responden sejumlah 20 dokter yang melakukan pembedahan gawat perut peserta askes yang menulis resep sebanyak 10.868 R/ Dari 10.868 R/ tersebut tercatat 4.510 R/ adalah obat DPHO (41,52%) dan 6.358 R/ obat NON DPHO (58,48%). Tabel di bawah ini menunjukkan obat Resep DPHO/NonDPHO.

Tabel 4.20 Rekapitulasi Penulisan R/ Resep Obat DPHO/NON DPHO Pasien Bedah Gawat Perut Peserta Askes di RSUD RA Kartini Jepara Tahun 2005

No	Jumlah R/ resep DPHO	Jumlah R/ Resep	Jumlah
1	217 (40,40%)	325 (60,60%)	542 (100%)
2	191 (35,35%)	350 (64,65%)	541 (100%)
3	163 (30,55%)	379 (69,65%)	542(100%)
4	228 (42,20%)	316 (57,80%)	544(100%)
5	237 (43,70%)	309 (56,30%)	546(100%)
6	255 (46,60%)	298 (53,40%)	553(100%)
7	278 (51,35%)	264 (48,65%)	543(100%)
8	228 (41,75%)	316 (58,25%)	544 (100%)
9	247 (45,65%)	297 (54,35%)	544 (100%)
10	206 (38,05%)	335 (61,95%)	541(100%)
11	236 (42,65%)	309 (57,35%)	545(100%)
12	213 (39,65%)	328 (60,35%)	541(100%)
13	229 (42,10%)	315 (57,90%)	544 (100%)
14	256 (46,60%)	290 (53,40%)	546(100%)
15	214 (39,85%)	328 (60,15%)	542(100%)
16	183 (33,60%)	360 (66,40%)	543(100%)
17	215 (39,25%)	327 (60,75%)	542(100%)
18	219 (40,00%)	328 (60,00%)	547(100%)
19	259 (47,35%)	283 (52,65%)	542(100%)
20	237 (47,80%)	309 (56,80%)	546(100%)

Tabel 4.21 Distribusi Frekwensi Keputusan Penulisan Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD RA Kartini 2005

Sikap	n	%
Patuh menulis resep obat DPHO	4.510	41,52

Tidak patuh menulis resep obat DPHO	6.358	58,48
Jumlah	10.868	100

Dengan menggunakan nilai mean dari persentase penulisan resep DPHO 20 dokter sebagai batas penentuan kepatuhan ($mean = 41,52$) maka didapatkan jumlah dokter yang patuh menulis obat DPHO 9 orang dan jumlah dokter yang tidak patuh berarti menulis obat NON DPHO sejumlah 11 orang.

Tabel 4.22 Distribusi Frekwensi Sikap Dokter terhadap Keputusan Penulisan Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD Kartini 2005

Sikap	n	%
Patuh	9	41,52
Tidak patuh	11	58,48
Jumlah	20	100

E. HASIL ANALISIS BIVARIAT

Guna mengetahui hubungan variabel bebas yang terdiri dari sikap dokter yang percaya terhadap kemanjuran obat DPHO maupun NON DPHO, Sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar iur biaya, sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep Askes dan sanksi, sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor, dan sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO dan NON DPHO, sebagai variabel terikat, dilakukan analisis bivariat. Digunakan metode analisis non parametrik statistik uji *fisher's exact test*.

1. Hubungan Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO Dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO.

Dari pengumpulan data sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO oleh dokter digambarkan dalam tabel silang sebagai berikut :

Tabel 4.23. Tabel Silang Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO dan NON DPHO Di RSUD RA Kartini 2005

Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	N	%	n	%
Baik	2	100	0	0	2	100
Tidak baik	7	38,9	11	61,1	18	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Dari tabel 4.22 diatas dapat dilihat bahwa dari 2 responden yang sikap kepercayaan terhadap kemanjuran obat DPHO baik ternyata 2 (100%) patuh dan dari 18 responden yang sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO tidak baik ternyata 7 (38,9%) patuh dan 11 (61,1%) tidak patuh. Berdasarkan uji statistik dimana $p = 0,398$, nilai ini lebih besar dari 0,250 , maka hubungan antara sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO tidak signifikan terhadap keputusan penulisan resep DPHO / Non DPHO.

2. Hubungan Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO.

Dari pengumpulan data sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO oleh dokter digambarkan dalam tabel silang sebagai berikut :

Tabel 4.24 Tabel Silang Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD RA Kartini 2005

Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat Non DPHO	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Baik	9	45,0	11	55,0	20	100
Tidak baik	0	0	0	0	0	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Pada tabel 4.23 diatas dilihat bahwa dari 20 responden yang sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat Non DPHO baik ternyata 9 (45,0%) patuh dan 11 (55,0%) tidak patuh dan tidak ada responden 0 (0%) yang sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat Non DPHO tidak baik.

Berdasarkan Uji statistik dimana nilai $p = 0,439$, nilai ini lebih besar dari 0,250 maka hubungan antara sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO tidak signifikan terhadap keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

3. Hubungan Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membeli Obat/iur biaya dengan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD RA Kartini 2005.

Tabel 4.25 Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien Membeli Obat / iur Biaya dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO Di RSUD RA Kartini 2005

Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien membeli obat	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Setuju	4	33,3	8	66,7	12	100
Tidak Setuju	5	62,5	3	37,5	8	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Dari Tabel 4.24 diatas dapat dilihat bahwa dari 12 responden yang bersikap setuju terhadap kemampuan pasien membeli obat / iur biaya, ternyata 4 (33,3%) patuh dan 8 (66,7%) tidak patuh. Dari 8 responden yang bersikap tidak setuju terhadap kemampuan pasien membeli obat/iur, ternyata 5 (62,5%) patuh dan 3 (37,5%) tidak patuh.

Berdasarkan uji statistik dimana nilai $p = 0,362$, nilai ini lebih besar dari 0,250. Maka hubungan antara sikap dokter terhadap

kemampuan pasien untuk membeli obat/iur biaya tidak signifikan dengan keputusan penulisan obat DPHO/NON DPHO .

4. Hubungan sikap dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat dan Sangsi dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD RA Kartini 2005

Tabel 4.26 Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep Obat dan Sanksi dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO Di RSUD Kartini 2005

Sikap Dokter Terhadap pelanggaran aturan	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Setuju	5	41,7	7	58,3	12	100
Tidak Setuju	4	50,0	4	50,0	8	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Dari tabel 4.25 diatas dapat dilihat bahwa dari 12 responden yang bersikap setuju terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat dan sanksi , ternyata 5 (41,7%) patuh dan 7 (58,3%) tidak patuh. Dari 8 responden yang bersikap tidak setuju terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat dan sanksi, ternyata 4 (50%) patuh dan 4 (50%) tidak patuh.

Berdasarkan uji statistik dimana nilai $p = 1,000$, nilai $p > 0,25$ maka hubungan antara sikap dokter terhadap pelanggaran penulisan resep obat dan sanksi tidak signifikan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

5. Hubungan Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO.Di RSUD Kartini 2005.

Tabel 4.27 Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO Di RSUD Kartini 2005

Sikap Dokter Terhadap pemberian Bonus sponsor	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Setuju	9	47,4	10	52,6	19	100
Tidak Setuju	0	0	1	100	1	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Tabel 4.26 diatas dapat dilihat bahwa dari 19 responden yang bersikap setuju terhadap pemberian bonus sponsor, ternyata 9 (47,42%) patuh dan 10 (52,6%) tidak patuh. Dari 1 responden yang bersikap terhadap pemberian bonus sponsor tidak setuju, ternyata 1 (100%) tidak patuh .

Berdasarkan uji statistik dimana nilai $p = 1,000$, nilai ini lebih besar dari 0,250. Maka hubungan antara sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor tidak signifikan terhadap keputusan penulisan resep obat DPHO/Non DPHO.

6. Hubungan Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien Untuk memilih Obat yang Ditawarkan dengan Keputusan penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO Di RSUD Kartini Jepara 2005.

Tabel 4.28 Tabel Silang Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien untuk Memilih Obat yang Ditawarkan dengan Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO / Non DPHO Di RSUD Kartini 2005

Sikap Dokter Terhadap kebebasan Pasien memilih obat	Keputusan Penulisan resep					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	%
Setuju	7	41,2	10	58,8	17	100
Tidak Setuju	2	66,7	1	33,3	3	100
JUMLAH	9	45,0	11	55,0	20	100

Dari tabel 4.27 diatas dapat dilihat bahwa dari 17 responden yang bersikap setuju terhadap kebebasan pasien memilih obat yang ditawarkan , ternyata 7 (41,2%) patuh dan 10 (58,8%) tidak patuh . Dari 3 responden yang bersikap tidak setuju terhadap kebebasan pasien memilih obat yang ditawarkan , ternyata 2 (66,7%) patuh dan 1 (33,3%) tidak patuh.

Berdasarkan uji statistik dimana nilai $p = 0,566$, nilai ini lebih besar dari 0,250.Maka hubungan antara sikap dokter terhadap

kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan tidak signifikan terhadap keputusan penulisan resep obat DPHO/Non DPHO.

Tabel 4.29. Rekapitulasi Variabel Penelitian

NO	Variabel Bebas	Variabel Terikat	Nilai p	Keterangan
1	Kepercayaan terhadap kemanjuran obat DPHO	Keputusan penulisan resep obat DPHO / Non DPHO	0,398	Semua hubungan tidak bermakna
2	Kepercayaan terhadap kemajuan obat Non DPHO		0,439	
3	Kemampuan pasien membayar obat / iur biaya		0,362	
4	Pelanggaran aturan penulisan resep dan sanksi		1.000	
5	Pemberian bonus sponsor		1.000	
6	Kebebasan untuk memilih obat yang ditawarkan		0.566	

BAB V

PEMBAHASAN

Pasien Bedah Gawat Perut Peserta Askes, bulan Januari – Nopember tahun 2005 sebesar 398 kasus menempati 43,30% dari jumlah pasien peserta Askes di RSUD RA Kartini Jepara. Sedang jumlah pasien Askes keseluruhan sebanyak 2817 kasus menempati 30,60% dari jumlah pasien rawat inap RSUD RA Kartini Jepara. Dokter yang terlibat langsung dengan pasien bedah gawat perut yaitu dokter spesialis bedah umum, dokter Peserta Pendidikan Dokter Spesialis I serta dokter spesialis obstetri dan ginekologi. RSUD RA Kartini Jepara sebagai rumah sakit dengan pelayanan kesehatan tipe B Non Pendidikan juga sebagai jejaring Pendidikan Fakultas Kedokteran UNDIP/RSUDK Semarang. Rumah sakit ini pada tahun 2005 memiliki tenaga tetap dokter spesialis bedah umum 2 orang, tenaga tetap dokter spesialis obstetri dan ginekologi 3 orang, dan selama tahun 2005 ditempati oleh dokter paruh waktu Pendidikan Dokter Spesialis I bedah umum 8 orang dan dokter obstetri ginekologi 7 orang.

Jumlah responden yaitu dokter yang terlibat langsung dengan pasien bedah gawat perut sejumlah 20 dokter, terdiri dari 2 wanita (10%), 18 pria (90%) dengan 10 responden (50%) berumur kurang dari 35 tahun, dan selebihnya 5 responden (25%) berumur 36 – 40 tahun, 3 responden (15%) berumur 41 – 50 tahun dan 2 responden (10%) berumur 51 – 55 tahun.

A. Keputusan Penulisan Resep Obat DPHO/NON DPHO

Undang-Undang no 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran pasal 35 ayat 1 mengatakan :

1. Dokter yang telah memiliki surat tanda registrasi mempunyai wewenang melakukan praktek kedokteran sesuai dengan pendidikan dan kompetensi yang dimiliki terdiri atas :
 - a. Mewawancarai pasien
 - b. Memeriksa fisik dan mental pasien
 - c. Menentukan pemeriksaan penunjang
 - d. Menegakkan diagnosis
 - e. Menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien
 - f. Melakukan tindakan kedokteran
 - g. Menulis resep obat dan alat kesehatan
 - h. Menerbitkan surat keterangan dokter
 - i. Menyimpan obat dalam jumlah dan jenis yang diijinkan
 - j. Meracik dan menyerahkan obat kepada pasien

Pada huruf g ayat 1 tersebut di atas dijelaskan tugas praktek dokter antara lain menulis resep obat. Tentang resep obat ini Menteri Kesehatan no 1013/MENKES/SK/9/2001 tanggal 27 September 2001, memutuskan bahwa bagi peserta Askes, resep yang ditulis dokter adalah dengan jenis dan harga obat yang sesuai dengan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) PT. Askes. Namun data menunjukkan bahwa dokter yang menulis resep obat DPHO sebanyak 4510 resep (41,52%). Berarti yang tidak menulis resep obat DPHO atau menulis resep NON DPHO lebih banyak sebesar 58, 48% (6358 R/ resep). Padahal 19 responden dari 20 responden mengatakan telah mendapatkan proses sosialisasi penggunaan obat DPHO bagi peserta Askes dengan jelas. Perlu diketahui, menurut Mc. Farland yang dikutip oleh Kamaludin (2003), keputusan menulis resep oleh dokter tergolong keputusan rutin sedang menurut Irwin, D Bross termasuk keputusan kognitif, yang dipengaruhi oleh banyak faktor Mengapa meskipun sudah paham, tetap enggan menulis resep DPHO alasannya dalam pembahasan faktor-faktor berikut ini.

B. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat DPHO

Dalam hal dokter memilih jenis obat yang ditulis di atas resep, WHO (1994) menyerukan bahwa pilihan pertama harus ditujukan pada obat yang sudah terbukti kemampuan dan keamanannya dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penjelasan, dokter harus memilih obat yang data ilmiahnya lengkap dengan uji klinik dan kajian epidemiologis. Hal inilah yang menyebabkan 19 responden (95%) menyatakan kurang setuju bila obat DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah, dan mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat..

Hasil wawancara dengan Kepala Kantor PT. Askes Cabang Pati, Oktober 2005 menuturkan bahwa jenis obat yang tercantum dalam DPHO PT. Askes merupakan hasil seleksi dari hasil usulan jenis obat analgetik dan antibiotik dari rumah sakit seluruh Indonesia. Dengan sendirinya, DPHO tidak mungkin mampu menampung semua jenis obat usulan Rumah Sakit, berhubung ribuan banyaknya jenis obat yang beredar di Indonesia.

Disamping itu karena DPHO merupakan plafon dari harga obat, maka salah satu pertimbangan PT. Askes pasti harga obat. Apalagi yang dicantumkan dalam DPHO, tidak semuanya nama generik atau kimianya. Tetapi juga ada yang nama dagangnya. Maka layak bila dokter lebih tidak memilih obat DPHO untuk ditulis di atas resep pasien peserta Askes.

Namun harus menjadi pedoman pula bila terdapat dua atau lebih obat yang sama manjurnya menurut WHO (1997), pilihan jatuh pada obat yang :

1. Telah lebih banyak diteliti
2. Sifat farmakokinetiknya paling menguntungkan
3. Dibuat oleh pabrik lokal (WHO, 1997).

Adanya hubungan yang tidak signifikan antara sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO NON DPHO, menunjukkan dokter tidak semata-mata memutuskan yang tidak manjur adalah obat DPHO, tetapi masih memiliki pertimbangan yang lain seperti yang dianjurkan WHO.

Sehingga dalam menulis resep obat askes, dokter akan melakukan urutan kegiatan sebagai berikut. Awalnya mengingat nama obat yang ada dalam buku DPHO, namun pada ingatan lain, tercatat dalam memory masih ada nama obat lain yang ternyata lebih banyak diteliti atau menurut pengetahuan dokter, masih ada nama obat lain diluar buku DPHO yang mempunyai sifat farmakokinetiknya lebih cocok, misalnya mengenai titik tangkap obat yang ditulis dalam resep tersebut

C. Sikap Kepercayaan Dokter Terhadap Kemanjuran Obat NON DPHO

Dalam hal dokter memilih jenis obat yang ditulis di atas resep, WHO (1994) menyerukan bahwa pilihan pertama harus ditujukan pada obat yang sudah terbukti kemampuan dan keamanannya dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penjelasannya, dokter harus memilih obat yang data ilmiahnya lengkap dengan uji klinik dan kajian epidemiologis. Hal inilah yang menyebabkan total responden (100%) menyatakan obat NON DPHO lebih manjur dibanding obat DPHO. Oleh karena obat NON DPHO adalah obat pilihan sendiri dari dokter yang bersangkutan yang telah diyakini kemanjurannya, dan obat yang ditulis tersebut kebetulan tidak tercantum dalam obat DPHO.

Disamping itu karena DPHO merupakan plafon dari harga obat, maka salah satu pertimbangan PT Askes pasti harga obat. Apalagi yang dicantumkan dalam buku DPHO, tidak semua nama generik atau kimianya. Tetapi juga ada yang nama dagangnya. Maka layak bila dokter

lebih memilih obat NON DPHO untuk ditulis diatas resep pasien peserta askes.

Namun harus menjadi pedoman pula bila terdapat dua atau lebih obat yang sama manjurnya, menurut WHO (1997), pilihan jatuh pada obat yang :

1. Telah lebih banyak diteliti
2. Sifat farmakokinetiknya paling menguntungkan
3. Dibuat oleh pabrik lokal (WHO, 1997).

Adanya hubungan yang tidak signifikan antara sikap kepercayaan dokter terhadap kemanjuran obat NON DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/ NON DPHO, menunjukkan dokter tidak semata-mata memutuskan yang tidak manjur adalah obat DPHO, tetapi masih memiliki pertimbangan yang lain seperti yang dianjurkan WHO.]

Sehingga dalam menulis resep obat askes, dokter akan melakukan urutan kegiatan sebagai berikut. Awalnya mengingat nama obat yang ada dalam buku DPHO, namun pada ingatan lain, yang tercatat dalam memory masih ada nama obat lain yang ternyata lebih banyak diteliti atau menurut pengetahuan dokter, masih ada nama obat lain diluar buku DPHO yang mempunyai sifat farmakokinetiknya lebih cocok, misalnya mengenai titik tangkap obat yang ditulis dalam resep tersebut

D. Sikap Dokter Terhadap Kemampuan Pasien untuk Membayar Obat/lur Biaya

Keluhan pasien Askes sebagai latar belakang dari penelitian ini yaitu adanya iur biaya dari biaya pembedahan yang menurut pasien Askes seharusnya bebas dari pembayaran, sebab pasien Askes telah rutin setiap bulan membayar premi asuransi.

Namun apa daya pasien Askes, kewajiban iur biaya telah menjadi ketentuan PT Asuransi Kesehatan Indonesia nomor 12/PKS/11-10/0303. Tampak pada analisis univariat 9 responden setuju bila dokter mempertimbangkan kemampuan pasien iur biaya, sedang 11 responden kurang atau tidak setuju pertimbangan tersebut. Pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar iur biaya, dengan melalui penjelasan tentang harga obat kepada pasien, sebelum ditulis di atas resep. Dari pernyataan ini, 12 responden menyatakan kesetujuannya (60%).

Yang patut menggembirakan adalah pernyataan 20 responden (100%) setuju bila penulisan resep obat sesuai dengan kebutuhan penyakit bukan disesuaikan kemampuan pasien membayar obat. Kemampuan pasien membayar obat dapat dicari penyelesaiannya melalui sistem pengelolaan pelayanan kesehatan yang lain.

Pilihan terbaik oleh dokter dalam menulis resep obat mungkin saja pada obat yang paling mahal, sehingga untuk pasien tertentu tidak mampu iur biaya. Terkadang dokter harus memilih antara obat yang paling mahal tetapi adekuat atau memilih obat yang kurang ideal tetapi masih dapat terjangkau harganya dan diterima oleh pasien Askes.

Pemilihan keputusan penulisan resep obat yang dilematis tersebut dan hubungannya dengan sikap dokter untuk mempertimbangkan kemampuan pasien Askes untuk membayar iur biaya inilah, yang mengakibatkan tidak signifikan melalui analisis bivariat .

Artinya bila peserta masih iur biaya untuk pembayaran obat askes, sepenuhnya tidak disetujui ataupun disetujui oleh dokter. Sebab keputusan pemilihan nama obat yang ditulis dalam resep dokter masih mempertimbangkan hal yang lain misalnya bagaimana sifat farmakokinetiknya, bagaimana hasil penelitian terapan dari obat tersebut,

bahkan ada lagi pertimbangan yang rasional yaitu dimana pabrik yang membuat obat itu.

E. Sikap Dokter Terhadap Pelanggaran Aturan Penulisan Resep dan Sanksi

Total responden 20 orang (100%) menyatakan setuju terhadap pelanggaran resep dengan menulis obat bukan DPHO, dengan alasan menulis resep melalui pertimbangan dari dokter atau sesuai kebutuhan penyakit. Sebab lain yaitu karena tidak adanya sanksi bila dokter memberi resep obat NON DPHO.

Total responden 20 orang (100%) menyatakan tidak mematuhi penulisan resep obat DPHO PT. Askes oleh karena tanpa sanksi pelanggaran

Masih ada sebab lain, mengapa dokter tidak menulis resep obat DPHO. dari pernyataan : dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial, terdapat 8 responden (40%) yang setuju. Namun lebih banyak yang tidak setuju yaitu 12 responden (60%) bila alasannya mendatangkan keuntungan materi.

Dalam hal keuntungan materi yang diperoleh dokter dari pelayanan pasien Askes di RSUD. RA Kartini, telah diatur Perda Kabupaten Jepara nomor 6 tahun 2000. Perda hanya memberikan keuntungan materi pada dokter yang melayani Askes melalui jasa pelayanan dan jasa tindakan yang berbentuk finansial, sesuai dengan jumlah pasien Askes yang dilayani. Tidak diatur dalam Perda tersebut mengenai uang jasa yang berkaitan dengan jumlah dan jenis obat penulisan resep.

Telah tertulis rambu-rambu untuk dokter agar tidak mendatangkan keuntungan pribadi berkaitan dengan tugas kewajibannya kepada pasien

yaitu yang tersurat pada pasal 3 Bab Kewajiban Umum Kode Etik Kedokteran Indonesia (SK MENKES no 434/MENKES/SK/X/1983).

“Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya seorang dokter tidak dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi”.

Pada analisis bivariat , juga tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara keputusan penulisan resep obat DPHO dan NON DPHO dengan sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat Askes. Hal ini menunjukkan dokter masih berada didalam rambu-rambu Kode Etik Kedokteran, pelanggaran aturan penulisan resep bukan atas pertimbangan keuntungan materi pribadi.

Dari hasil analisis bivariat ini, dokter tidak sepenuhnya menyetujui pelanggaran dalam menulis resep, lepas dari apakah ada sanksi maupun tidak ada sanksinya. Sehingga dapat dipastikan masih ada dokter yang tidak melakukan pelanggaran dalam menulis resep, artinya dokter tersebut masih mempunyai etika yang sesuai dengan isi dari Kode Etik Kedokteran Indonesia.

F. Sikap Dokter Terhadap Pemberian Bonus Sponsor

Bukan rahasia lagi, semua khalayak telah memaklumi adanya suatu kaitan yang erat antara resep obat yang ditulis dokter dengan sumber obat dari mana obat tersebut diproduksi baik melalui produsennya sendiri atau lewat distributor farmasi. Tentang imbalan jasa penggunaan obat ada 20 responden (100%) yang menyatakan bahwa bonus imbalan jasa penulisan obat sangat mempunyai makna bagi kesejahteraan dokter. Meskipun 20 responden menyatakan bahwa bonus tersebut adalah hak dokter, namun masih terdapat 5 responden (25%) yang menghendaki agar jangan memikirkan bonusnya bila akan menulis resep obat Askes. Walau 15

responden (75%) tidak mengharamkan pemikiran terhadap bonus ini. Bahkan 18 responden (90%) kurang/tidak setuju bila bonus penulisan obat berupa material dan finansial. Total responden (100%) setuju dan sangat setuju bila bonus imbalan jasa penulisan resep obat diwujudkan dalam kemudahan untuk mengikuti kegiatan ilmiah kedokteran misalnya seminar, kongres atau temu ilmiah.

Namun sikap dokter terhadap imbalan jasa bonus ini masih tidak signifikan bila dihubungkan dengan keputusan dokter untuk menulis resep obat DPHO NON DPHO melalui analisis bivariat, artinya dokter masih memperhatikan Penjelasan Kode Etik Kedokteran Indonesia pasal 4C mengenai Pedoman Dasar Imbalan Jasa Dokter, antara lain :

Menerima imbalan selain daripada jasa yang layak sesuai dengan jasanya, kecuali dengan keikhlasan sepengetahuan dan atau kehendak penderita.

.....
.....
.....

Adalah suatu keinginan yang wajar apabila seorang dokter berusaha untuk hidup layak, tetapi hendaklah tetap menjaga dan mempertahankan martabat dalam menjalankan profesinya.

Perlu diketahui bahwa bonus yang berupa material apalagi finansial, secara manusiawi sangat menguntungkan bagi dokter. Namun hasil analisis bivariat yang tidak bermakna antara penulisan resep obat dengan sikap dokter terhadap pemberian bonus, membuktikan kalau masih ditemukan pula dokter yang menulis resep tanpa memikirkan bonus apa yang akan didapatkan nanti. Sikap ini adalah sikap masih dalam batas etika, artinya dokter tersebut masih mempertahankan martabat dalam menjalankan profesinya.

G. Sikap Dokter Terhadap Kebebasan Pasien untuk Memilih Obat Yang Ditawarkan

Buku DPHO edisi XXIV tahun 2005 PT (persero). Asuransi Kesehatan

Indonesia halaman 5 memuat tentang :

Nomor Kelas Terapi	Nomor Urut Obat	Kelas Terapi Nama Obat	Nama Dagang	Kode Pabrik	Kode Obat	Harga Obat	Ket.
...
2.3	1	Pra dan pasca bedah untuk tindakan bedah	...	...	...	...	...
		Diazepam	1. Diazepam	INF	0501.25	718,20	
			2. Valdimex	Mers	0501.22	3.400,00	
			1. Stesolid	Alpha	0501.24	3.600,00	
...	2	Morfin	...	...	...	...	...
...

Bila pasien Askes dilibatkan dalam pemilihan jenis obat, agar mengurangi atau malah tanpa iur biaya, maka dokter penulis resep perlu menawarkan lebih dahulu berbagai jenis obat yang dibutuhkan sekaligus harga obatnya seperti tampak pada kolom buku DPHO di atas. Sebenarnya apa yang perlu ditawarkan kepada pasien Askes sesuai kegunaan terhadap penyakitnya atau keluhan yang sedang dialami pasien misalnya untuk tindakan pasien bedah, sudah tertera dalam buku DPHO, seperti di atas. Contohnya untuk pasien Askes pasca bedah, dokter menawarkan kepada pasien apakah memilih obat yang ada dalam DPHO atau memilih obat sesuai selera dokter (NON DPHO) dengan iur biaya berapa rupiah serta menjelaskan khasiat dari masing-masing obat tersebut.

Terdapat 15 responden (75%) yang setuju terhadap cara penawaran demikian namun 12 responden (60%) tidak setuju terhadap pernyataan bahwa obat DPHO diseleksi berdasarkan harga obat dan pertimbangan medis. Total responden setuju bahwa DPHO merupakan penawaran pengelola Askes mengenai jenis obat yang dimanfaatkan oleh anggota Askes. Juga total responden menyatakan kesetujuannya bila dokter yang menawarkan jenis obat serta pasien yang memilih jenis obatnya, berdasarkan pertimbangan pasien mengenai harganya, pengaruhnya pada

penyakitnya, serta akibat sampingnya yang mungkin muncul dari obat yang digunakan.

Hal di atas sesuai dengan hak dan kewajiban pasien seperti yang diatur dalam Undang-Undang no 29 tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran pasal 52, ayat 1 :

1. Pasien, dalam menerima pelayanan pada praktek kedokteran mempunyai hak :
 - a. mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis.

Demikian pula kewajiban dokter seperti yang tertulis dalam Undang-Undang no 29/2004 tentang Praktek Kedokteran, pasal 51 ayat 1 :

Dokter dalam melaksanakan praktek kedokteran mempunyai kewajiban :

- b. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien.

Sedang standar profesi yang merupakan kewajiban dokter untuk dilakukan terhadap pasiennya, sebelum dan selama menjalankan praktek kedokteran, antara lain berisi tentang keharusan memberi "*informed consent*". Tentang *informed consent* ini di Indonesia telah di atur di dalam Peraturan Menteri Kesehatan no 585 tahun 1989.

Namun dalam analisis bivariat tidak terbukti hubungan yang signifikan antara sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO NON DPHO. Tentang hal ini dapat dibahas sebagai berikut:

Sesuai dengan pendapat Y. Supranto (1998), ternyata pengambilan keputusan penulisan resep obat sangat berdasarkan rasional, yaitu memilih obat yang data ilmiahnya melalui uji klinik dan kajian epidemiologis. Juga sangat berdasarkan fakta berarti sesuai dengan aturan PT Askes dan

kebutuhan penyakit serta kondisi pasien. Disamping itu sangat berdasarkan wewenang dokter, dengan model pengambilan keputusan alternatif.

Semua pernyataan diatas menunjukkan bahwa sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan, bukan merupakan sikap yang bermakna, atau bukan merupakan sikap yang hanya satu-satunya. Namun masih banyak sikap yang menjadi alternatif sebelum menuliskan resep obat.

Mengenai pemilihan obat yang ditulis di atas resep, WHO (1987), merekomendasikan sebagai berikut :

1. Digunakan sesuai dengan indikasi penyakit.
2. Tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau.
3. Diberikan dengan dosis yang tepat.
4. Cara pemberian obat dengan interval waktu yang tepat.
5. Lama pemberiannya tepat.
6. Obat yang diberikan efektif dengan mutu terjamin.

Mengacu pada rekomendasi WHO di atas maka terdapat kesesuaian dengan sikap dokter yang setuju terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan oleh dokter, dan memperhatikan kemanjuran obat baik DPHO maupun NON DPHO.

BAB VI

A. Kesimpulan

1. Gambaran Sikap Karakteristik Dokter Dengan Kasus Bedah Gawat Perut
 - a. Sebesar 10% setuju percaya terhadap kemanjuran obat DPHO
 - b. Sebesar 100 % setuju percaya terhadap kemanjuran obat Non DPHO
 - c. Sebesar 60 % setuju memperhatikan kemampuan pasien membayar obat iur biaya
 - d. Sebesar 60 % setuju terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat Askes
 - e. Sebesar 95% setuju terhadap pemberian bonus
 - f. Sebesar 85 % setuju pasien memilih obat yang ditawarkan
2. Gambaran Keputusan Penulisan Resep Obat
 - a. Sebesar 41,52% penulisan resep obat DPHO
 - b. Sebesar 58,48 % penulisan resep obat Non DPHO
3. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap kepercayaan dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemanjuran obat DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
4. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap kepercayaan dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemanjuran obat NON DPHO dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
5. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kemampuan pasien membayar obat dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

6. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pelanggaran aturan penulisan resep Askes dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
7. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap pemberian bonus sponsor dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.
8. Tidak ada hubungan bermakna antara sikap dokter dengan kasus bedah gawat perut terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan dengan keputusan penulisan resep obat DPHO/NON DPHO.

B. Saran

1. Peninjauan kembali kebijakan pengelolaan obat DPHO PT. Askes untuk rumah sakit sangat dibutuhkan .

Sasaran : Pimpinan PT (persero) Asuransi Kesehatan Indonesia
Pimpinan rumah Sakit / Pengelola Askes RSU RA Kartini

Kegiatan : Advokasi tentang kebijakan pengelolaan obat DPHO

Tujuan : a. Regulasi obat dengan kebijakan yang berpihak pada anggota Askes, untuk meminimalkan iur biaya
b. Aturan yang longgar mengenai jenis obat yang ditulis pada resep dokter.

2. Pemerintah perlu menerbitkan undang-undang tentang pengelolaan obat-obatan mengenai produksi, Distribusi dan Penggunaan obat sesuai Kode Etik Kedokteran Indonesia.

Sasaran : Departemen Kesehatan untuk membuat rancangan undang-undang.

Kegiatan : Mengajukan usulan melalui IDI dan Persatuan Rumah Sakit
(ARSADA dan PERSI)

Tujuan : Pengaturan kembali produksi Distribusi dan Penggunaan
obat yang sesuai dengan Kode Etik.

3. Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan mengenai topik Kode Etik
Kedokteran Indonesia

Sasaran : Pengurus IDI Wilayah dan Cabang Jepara / Pimpinan RSU
RA Kartini .

Kegiatan : Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan berupa dialog,
seminar atau simposium tentang isi dari Kode Etik
Kedokteran Indonesia

Tujuan : Motivasi kinerja dokter sesuai hak dan kewajibannya.

4. Menambah mata kuliah pada kurikulum pembelajaran Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat tentang
topik bahasan : Pengelolaan Asuransi Kesehatan di Rumah Sakit.

Sasaran : Pimpinan Program Studi Magester Ilmu Kesehatan
Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas
Diponegoro.

Kegiatan : Advokasi

Tujuan : Mahasiswa mampu menerapkan Asuransi Kesehatan
Model PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sulastomo, 2000, *Manajemen Kesehatan*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 3-4.
2. Laporan Profil RSUD RA Kartini Jepara tahun 2004 (tidak dipublikasikan).
3. PT. Persero Asuransi Kesehatan Indonesia, 2002, *Pedoman Program Pelayanan Administrasi Rumah Sakit*.
4. Departemen Kesehatan TA-2002, *Pedoman Pelaksanaan Program Subsidi Peserta ASKES*.
5. Kesepakatan PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia dengan Rumah Sakit Umum Jepara, no. 12/PKS/11-10/0303, dan no. 445/226/2003, 1-5
6. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No : 1013/Menkes/SKB/IX/2001 dan No : 43/2001.
7. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia No : 999A/Menkes/SKB/VIII/2002 dan No : 37A/2002.
8. PT. Persero Asuransi Kesehatan Indonesia, 2004, *DPHO (Daftar dan Plafon Harga Obat) Edisi XIII*.
9. PT. Persero Asuransi Kesehatan Indonesia, 1999, *Buku Saku Dokter Tentang Daftar Obat Edisi VIII*.
10. Laporan Dokter Muda Kepaniteraan Komprehensif Fak. Kedokteran Undip di Rumah Sakit RA Kartini Jepara Tahun 2005 (tidak dipublikasikan)
11. Saifudin Azwar, 1997, *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajaryogyakarta, 95, 106.
12. Sukijo Notoatmodjo, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, 129 - 134
13. Kamaludin, 2003, *Pengambilan Keputusan Manajemen*, Penerbit Dioma, 1,9-15.
14. Johannes Suprpto, 1998, *Teknik Pengambilan Keputusan*, Rineka Cipta, 1-11.
15. Stephen P. Robbins, 1996, *Perilaku Organisasi*, PT. Prenhalindo, Jakarta, 124-126, 134-138.
16. Djoko Wijoyo, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, 1999, Airlangga University Press, Vol.2, 19200 – 1201,1996 – 1999
17. Yaslis Ilyas, 2000, *Mengenal Asuransi Kesehatan*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI, 1-2.
18. Organisasi Kesehatan Sedunia, 1998, *Pedoman Penulisan Resep*, Penerbit ITB Bandung, 27-29.

19. Arif Mansjoer dkk., 2000; *Kapita Selekta Kedokteran*, Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; Edisi III Jilid 2 ; 304-307.
20. Sudjana. *Metoda Statistik*, Transito Bandung. 1989, 163 – 165
21. Bhisma Murti. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University Press, 49 – 62
22. Eko Budiarto, 2001, *Bio Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, 17, 29
23. Junadi. P, *Pengantar Analisis Data*, 13 – 19, PT Rineka Sapta, 1995.
24. Djarwanto, April 2001, *Mengenal Beberapa Uji Statistik Dalam Penelitian*, Liberty, Yogyakarta, 915.
25. Sofiudin Dahlan, Januari 2004, *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, PT Arkan, 123 – 124, 128 – 131
26. Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2006 Tentang Praktik Kedokteran, Penerbit CV. Eko Jaya Jakarta
27. Guwandi, 2004, *Informed Consent*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 9
28. Tabrany Hasbullah, 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 170.

Lampiran I

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
MAGISTER MANAGEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG**

**KUESIONER PENELITIAN SIKAP DOKTER TERHADAP KEPUTUSAN
PENULISAN RESEP OBAT BAGI PASIEN PASCA BEDAH GAWAT
PERUT PESERTA ASKES**

Kepada yang terhormat,

Bpk/Ibu Dokter

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya karyasiswa dari Program Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Diponegoro Semarang, bermaksud untuk menyelenggarakan penelitian mengenai Karakteristik Sikap Dokter Terhadap Keputusan Penulisan Resep Obat Bagi Pasien Pasca Bedah Gawat Perut Peserta Askes di RSUD Kartini Jepara.

Untuk studi ini, saya mengharapkan adanya masukan berupa persepsi. Untuk itu dengan segala hormat, mohon Bpk/Ibu Dokter untuk menjawab pertanyaan yang saya berikan dengan **sebenarnya, sejujur-jujurnya dan selengkap-lengkapnyanya**.

Tidak ada salah ataupun benar sejauh Bpk/Ibu Dokter menjawab apa adanya. Hal ini semata-mata untuk kepentingan ilmiah saja.

Untuk itu kami ucapkan terima kasih.

Jepara,
2005

Hormat saya,

DWI SUSILOWATI
NIM : E4A003007

KUESIONER

RESPONDEN DOKTER BEDAH

TANGGAL :

NOMOR RESPONDEN

--	--

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Jenis Kelamin : 1. Pria 2. Wanita

--	--

3. Umur : Tahun

--	--

4. Alamat :

5. Status Perkawinan :

1. Belum Kawin 2. Kawin 3. Duda/Janda

--	--

6. Lama bekerja Dokter Umum :Tahun

--	--

7. Lama Bekerja Dokter Bedah :Tahun

--	--

8. Jumlah Anggota Keluarga Suami/Istri :

--	--

9. Jumlah Anggota Keluarga Anak :

--	--

10. Jumlah tanggungan Keluarga Semua :

--	--

B. SIKAP DOKTER TERHADAP DPHO/NON DPHO

B.1. a. Sikap dokter terhadap kepercayaan kemanjuran obat DPHO

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Obat DPHO manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi				
2	Obat DPHO bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah.				
3	Obat DPHO jenis antibiotika mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah				
4	Obat DPHO mempunyai efek durasi yang adekuat				
5	Obat DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah				
6	Obat DPHO jenis analgetika mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat				
7	Obat DPHO jenis analgetik mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama				
8	Pemilihan nama obat dalam DPHO telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya				

B.1. b. Sikap dokter terhadap kepercayaan kemanjuran obat Non DPHO

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Obat NON DPHO manjur untuk pasien pasca bedah perut yang tanpa komplikasi				
2	Obat NON DPHO bekerja cepat dalam penyembuhan luka bedah.				
3	Obat NON DPHO jenis antibiotika mampu membasmi kuman yang biasa sebagai penyulit pasca bedah				
4	Obat NON DPHO mempunyai efek durasi yang adekuat				
5	Obat NON DPHO mempunyai titik tangkap yang tepat pada penyembuhan luka bedah				
6	Obat NON DPHO jenis analgetika mampu mengurangi rasa nyeri dengan tepat				
7	Obat NON DPHO jenis analgetik mampu mengurangi rasa nyeri dalam waktu yang relatif lama				
8	Pemilihan nama obat dalam NON DPHO telah melalui seleksi yang ilmiah berdasarkan kemanjurannya				

B.2. Sikap dokter terhadap kemampuan pasien membayar obat/iur biaya.

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Penulisan resep obat NON DPHO untuk pasien Askes melalui pertimbangan kemampuan pasien untuk membayar obat.				
2	Dalam penulisan resep obat NON DPHO, pasien diberi penjelasan tentang harga obat.				
3	Dokter menulis obat yang terbaik dalam resep pasien Askes sesuai kebutuhan penyakit, bukan disesuaikan kemampuan pasien membayar obat.				
4	Dokter menulis resep obat NON DPHO berdasarkan persetujuan pasien.				

B.3. Sikap dokter terhadap pelanggaran aturan penulisan resep obat ASKES dan sangsi

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Dokter boleh melanggar aturan penulisan resep obat Askes, karena menulis resep adalah hak dokter.				
2	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena alasan tidak manjur.				
3	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak ada sangsi pelanggaran.				
4	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan obat Askes karena proses sosialisasi penggunaan obat DPHO peserta Askes tidak jelas..				
5	Dokter boleh tidak mematuhi penulisan resep obat Askes karena tidak mendatangkan keuntungan materi yang potensial.				

B.4. Sikap dokter terhadap pemberian bonus sponsor

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Bonus penulisan resep bermakna bagi kesejahteraan dokter.				
2	Adalah hak dokter untuk mendapatkan bonus dari kewajiban penulisan resep.				
3	Dalam menulis resep NON DPHO, dokter tanpa memikirkan bonus.				
4	Semakin sering menulis obat NON DPHO dalam resep Askes dalam semakin besar bonusnya.				
5	Bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa material dan finansial.				
6	Bonus penulisan resep obat NON DPHO berupa kemudahan dalam mengikuti kegiatan ilmiah kedokteran.				

B.5. Sikap dokter terhadap kebebasan pasien untuk memilih obat yang ditawarkan

No	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Kurang setuju	Tidak setuju
1	Pasien Askes diberi kesempatan memilih obat yang terbaik baginya.				
2	Pemilihan jenis obat dalam DPHO melalui seleksi harga dan pertimbangan medis.				
3	Jenis obat dalam DPHO merupakan penawaran pengelola Askes terhadap pasien Askes..				
4	Pasien Askes perlu tahu tentang efek obat yang ditawarkan dokter.				
5	Dokter yang menawarkan jenis obat, pasien Askes yang memilih jenis obatnya.				

Lampiran II

**PENGUNAAN OBAT DPHO/NON DPHO
PADA PASIEN BEDAH GAWAT PERUT**

NO	NAMA DOKTER	KASUS	DPHO		NON DPHO	
			Antibiotik	Analgetik	Antibiotik	Analgetik
1	2	3	4	5	6	7
1	X1	1	6	5	12	11
		2	9	4	11	15
		3	10	9	12	7
		4	17	16	8	9
		5	9	7	18	13
		6	6	9	20	18
		7	10	7	16	12
2	X2	1	5	7	21	19
		2	7	6	20	18
		3	16	15	9	8
		4	9	10	22	20
3	X3	1	7	6	24	26
		2	6	11	19	15
		3	5	7	16	14
		4	8	5	14	18
		5	11	12	26	20
		6	6	7	25	21
		7	7	10	16	12
		8	6	12	13	16
		9	7	8	10	14
4	X4	1	4	2	8	9
		2	16	14	7	10
		3	7	8	21	14
		4	17	12	9	8
		5	10	11	18	14
		6	12	13	22	16
		7	10	9	25	18
5	X5	1	10	7	16	10
		2	16	19	4	9
		3	8	6	15	11
		4	7	9	8	8
		5	14	12	10	12
		6	5	4	16	8
		7	6	7	14	9
			8	7	11	17
			7	6	12	10
6	X6	1	4	5	10	11
		2	18	17	8	9
1	2	3	5	6	7	8

		3	7	6	14	10
		4	6	4	10	11
		5	19	18	9	7
		6	7	6	12	11
		7	18	15	4	6
		8	6	4	16	12
		9	5	7	18	10
		10	8	6	14	12
7	X7	1	9	5	11	4
		2	6	7	13	8
		3	15	14	10	6
		4	7	6	11	7
		5	4	5	17	10
		6	17	16	5	8
		7	9	5	12	9
		8	13	14	7	8
8	X8	1	6	4	17	10
		2	4	3	11	11
		3	5	4	18	9
		4	4	7	20	7
		5	15	14	8	7
		6	6	5	12	7
		7	14	17	9	6
		8	5	6	17	10
		9	8	4	13	11
		10	7	6	14	10
		11	14	17	5	8
		12	5	9	19	9
		13	6	8	17	7
9	X9	1	3	4	18	9
		2	5	4	10	8
		3	17	16	5	5
		4	5	4	20	9
		5	4	11	17	10
		6	15	16	4	5
		7	7	9	16	15
		8	14	18	5	8
		9	7	10	14	11
		10	14	19	8	4
		11	5	10	17	18
		12	4	11	19	16
10	X10	1	6	9	17	10
		2	5	4	14	10
		3	17	16	5	9
		4	4	7	19	8
1	2	3	5	6	7	8
		5	9	4	15	12

		6	4	11	18	10
		7	10	6	13	15
		8	11	7	15	9
		9	5	4	18	11
		10	6	8	18	9
		11	4	11	19	10
		12	8	10	14	14
		13	9	12	16	15
11	X11	1	4	6	15	14
		2	6	9	14	12
		3	7	18	15	16
		4	15	17	5	6
		5	8	10	19	11
		6	10	9	14	12
		7	9	6	16	14
		8	16	13	5	4
		9	8	7	15	12
		10	4	10	18	10
		11	6	9	19	13
12	X12	1	5	4	17	12
		2	8	10	14	13
		3	19	8	4	7
		4	5	4	18	11
		5	6	8	17	7
		6	14	14	8	10
		7	4	11	17	10
		8	7	9	16	15
		9	5	10	17	18
		10	4	11	19	16
13	X13	1	5	5	10	8
		2	4	8	16	15
		3	17	19	6	8
		4	5	10	17	19
		5	7	10	14	12
		6	6	8	18	8
		7	14	17	9	9
		8	7	9	14	10
		9	7	6	14	11
		10	8	4	13	11
14	X14	1	3	5	17	9
		2	9	5	12	10
		3	14	13	11	11
		4	6	7	15	14
		5	8	5	13	10
1	2	3	5	6	7	8
		6	15	17	9	5
		7	7	9	14	10

		8	4	7	19	14
		9	10	8	20	17
		10	6	8	11	13
15	X15	1	8	4	13	11
		2	15	19	9	9
		3	7	6	15	10
		4	5	6	18	17
		5	7	9	14	14
		6	15	10	7	8
		7	9	8	19	15
		8	7	4	16	11
		9	14	19	8	7
		10	6	5	18	16
		11	7	6	17	21
		12	6	11	19	18
16	X16	1	5	9	17	12
		2	7	8	18	15
		3	10	6	12	11
		4	4	11	14	9
		5	5	7	11	10
		6	8	9	17	14
		7	4	7	15	16
		8	3	10	19	17
		9	4	9	21	14
		10	9	11	24	10
		11	8	5	20	18
		12	6	9	16	13
17	X17	1	4	9	16	14
		2	8	7	19	16
		3	4	6	20	13
		4	9	7	14	12
		5	4	5	18	16
		6	7	9	20	18
		7	9	11	13	5
		8	10	5	4	8
		9	12	16	8	7
		10	9	4	16	15
		11	10	12	9	6
		12	6	9	16	13
		13	4	11	15	9
		14	15	12	9	8
18	X18	1	5	8	15	12
		2	10	14	9	10
1	2	3	5	6	7	8
		3	4	6	17	12
		4	8	7	18	14
		5	15	12	10	9

		6	6	10	14	9
		8	10	13	12	10
		9	8	6	19	18
		10	6	9	19	16
		11	10	11	8	9
		12	4	9	17	4
		13	9	6	20	18
		14	14	12	9	11
19	X19	1	8	7	20	15
		2	10	12	12	9
		3	4	8	15	10
		4	8	11	18	9
		5	17	14	5	4
		6	7	8	14	10
		7	10	7	9	8
		8	4	8	17	12
		9	6	9	15	8
		10	18	15	5	4
		11	11	10	8	5
		12	8	6	14	10
20	X20	1	6	7	18	15
		2	11	10	8	6
		3	5	9	17	10
		4	8	6	13	12
		5	18	15	6	7
		6	7	11	16	4
		7	10	12	8	7
		8	6	9	16	10
		9	13	10	9	8
		10	4	6	14	10

Lampiran III

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		pemakaian DPHO
N		20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	41.5225
	Std. Deviation	4.91800
Most Extreme Differences	Absolute	.122
	Positive	.072
	Negative	-.122
Kolmogorov-Smirnov Z		.546
Asymp. Sig. (2-tailed)		.927

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
pemakaian DPHO	20	30.55	51.35	41.5225	4.91800
Valid N (listwise)	20				

Frequency Table

jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pria	18	90.0	90.0	90.0
wanita	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

status perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid blm kwn	3	15.0	15.0	15.0
kawin	17	85.0	85.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori DPHO manjur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patuh	2	10.0	10.0	10.0
tdk patuh	18	90.0	90.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori NDPHO manjur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid setuju	20	100.0	100.0	100.0

kategori kemampuan pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid setuju	12	60.0	60.0	60.0
Tdk setuju	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori pelanggaran aturan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid setuju	12	60.0	60.0	60.0
tdk setuju	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori bonus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid setuju	19	95.0	95.0	95.0
tdk setuju	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori bebas milih

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid setuju	17	85.0	85.0	85.0
tdk setuju	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

kategori penulisan resep DPHO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patuh	9	45.0	45.0	55.0
Tdk patuh	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	55.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
umur responden	20	33	55	38.75	7.362
lama kerja dokter umum	20	3	9	5.70	1.490
lama kerja dokter bedah	20	0	10	2.05	3.818
Valid N (listwise)	20				

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori DPHO manjur * kategori Penulisan Resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori DPHO manjur * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep		Total
			Non DPH	DPHO	
kategori DPHO manjur	setuju	Count		2	2
		% within kategori DPHO manjur		100.0%	100.0%
	tdk setuju	Count	11	7	18
		% within kategori DPHO manjur	61.1%	38.9%	100.0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori DPHO manjur	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.716 ^b	1	.099		
Continuity Correction ^a	.808	1	.369		
Likelihood Ratio	3.469	1	.063		
Fisher's Exact Test				.189	.189
Linear-by-Linear Association	2.580	1	.108		
N of Valid Cases	20				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .90.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.346	.099
N of Valid Cases	20	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori NDPHO manjur * kategori Penulisan resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori NDPHO manjur * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep		Total
			NON DPHC	DPHO	
kategori NDPHO manjur	setuju	Count	11	9	20
		% within kategori NDPHO manjur	55.0%	45.0%	100.0%
	tdk setuju	Count	0	0	0
		% within kategori NDPHO manjur	0%	0%	0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori NDPHO manjur	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.580 ^b	1	.108	.439	.339
Continuity Correction ^a	.808	1	.469		
Likelihood Ratio	3.669	1	.163		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.630	1	.218		
N of Valid Cases	20				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .90.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.366	.108
N of Valid Cases	20	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori kemampuan pasien * kategori Penulisan resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori kemampuan pasien * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep		Total
			NON DPHO	DPHO	
kategori kemampuan pasien	setuju	Count	8	4	12
		% within kategori kemampuan pasien	66.7%	33.3%	100.0%
	tdk setuju	Count	3	5	8
		% within kategori kemampuan pasien	37.5%	62.5%	100.0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori kemampuan pasien	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.1650 ^b	1	.199	.362	.205
Continuity Correction ^a	.682	1	.409		
Likelihood Ratio	.135	1	.197		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1.567	1	.211		
N of Valid Cases	20				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.60.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.276	.199
N of Valid Cases	20	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori pelanggaran aturan * kategori Penulisan resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori pelanggaran aturan * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep		Total
			NON DPHC	DPHO	
kategori pelanggaran aturan	setuju	Count	7	5	12
		% within kategori pelanggaran aturan	58.3%	41.7%	100.0%
	tdk setuju	Count	4	4	8
		% within kategori pelanggaran aturan	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori pelanggaran aturan	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.135 ^b	1	.714	1.000	.535
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.135	1	.714		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.128	1	.721		
N of Valid Cases	20				

- a. Computed only for a 2x2 table
b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.60.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.082	.714
N of Valid Cases	20	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori bonus * kategori Penulisan resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori bonus * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep DPHO		Total
			NON DPHO	DPHO	
kategori bonus	setuju	Count	10	9	19
		% within kategori bonus	52.6%	47.4%	100.0%
	tdk setuju	Count	1		1
		% within kategori bonus	100.0%		100.0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori bonus	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.861 ^b	1	.353	1.000	.550
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	1.239	1	.266		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.818	1	.366		
N of Valid Cases	20				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .45.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.203	.353
N of Valid Cases	20	

- a. Not assuming the null hypothesis.
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori bebas milih * kategori Penulisan resep	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

kategori bebas milih * kategori penulisan resep Crosstabulation

			kategori penulisan resep		Total
			NON DPHO	DPHO	
kategori bebas milih	bebas	Count	10	7	17
		% within kategori bebas milih	58.8%	41.2%	100.0%
	Tdk bebas	Count	1	2	3
		% within kategori bebas milih	33.3%	66.7%	100.0%
Total		Count	11	9	20
		% within kategori bebas milih	55.0%	45.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.669 ^b	1	.413	.566	.421
Continuity Correction ^a	.036	1	.850		
Likelihood Ratio	.672	1	.412		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.636	1	.425		
N of Valid Cases	20				

- a. Computed only for a 2x2 table
b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.35.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.180	.413
N of Valid Cases	20	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.